

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

**Arrêté du 26 novembre 2013 portant approbation de l'avenant n° 11 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011**

NOR : AFSS1329098A

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. 162-5, L. 162-14-1 et L. 162-15 ;

Le Conseil national de l'ordre des médecins consulté,

Arrêtent :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – Est approuvé l'avenant n° 11 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, annexé au présent arrêté, conclu le 23 octobre 2013 entre, d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, la Confédération des syndicats médicaux français, la Fédération française des médecins généralistes MG France, le Syndicat des médecins libéraux et la Fédération des médecins de France.

**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  
de la sécurité sociale,*

T. FATOME

*Le directeur général  
de la santé,*

B. VALLET

*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° 11 À LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES MÉDECINS LIBÉRAUX ET L'ASSURANCE MALADIE SIGNÉE LE 26 JUILLET 2011

Vu le code de la sécurité sociale, notamment l'article L. 162-5 ;

Vu la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011, publiée au *Journal officiel* du 25 septembre 2011,

#### *Préambule*

Les partenaires conventionnels souhaitent par le présent avenant poursuivre leur engagement dans les actions de prévention, dont la priorité est réaffirmée dans la stratégie nationale de santé, au profit des patients diabétiques et promouvoir de nouvelles modalités de dépistage de la rétinopathie intégrant une première expérience de télémédecine, avec également pour objectif de mieux valoriser la prévention primaire.

En outre, les partenaires conventionnels ont convenu d'initier une nouvelle version de la CCAM pour les actes d'anatomie et cytologie pathologiques (ACP), démarche qui s'inscrit notamment dans le cadre de la mesure 20 du Plan Cancer 2009-2013 « Soutenir la spécialité d'anatomopathologie » avec deux objectifs principaux : d'une part, redéfinir les actes pratiqués pour les diagnostics de cancer, en fonction des topographies anatomiques examinées et, d'autre part, prendre en compte les recommandations de bonne pratique médicale et les innovations techniques à l'aide de la hiérarchisation du travail médical des actes et d'une évaluation du coût de la pratique.

Ils conviennent également de prolonger la mesure transitoire de valorisation du forfait thermal mise en place par l'avenant 9 à la convention nationale visant à neutraliser les effets de l'abrogation du contrat de bonne pratique thermal et ce, compte tenu de l'entrée en vigueur tardive de cet avenant.

Afin de ne pas pénaliser les médecins qui ont adhéré au contrat d'accès aux soins au cours de l'année 2013, les parties signataires souhaitent que ces derniers puissent bénéficier de la participation au financement des cotisations sociales prévue à l'article 38.2 et à l'annexe XX de la convention nationale qui interviendra à partir de la fin de l'année 2014, sous réserve des engagements du contrat, pour les cotisations recouvrées au titre de l'exercice 2013. De même, afin de ne pas pénaliser les médecins s'installant pour la première fois en libéral à l'occasion de la mise en œuvre du forfait médecin traitant (FMT), il convient d'adapter les conditions de versement lors de la première année d'exercice libéral.

Enfin, l'assurance maladie et les syndicats de chirurgiens-dentistes ont entrepris une refonte de la nomenclature des actes afin 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. Cette classification doit concerner, dans un premier temps, les actes techniques, à l'exception des actes d'orthopédie dento-faciale. Le présent avenant permet de transposer cette démarche à l'activité réalisée par les médecins.

Les parties signataires de la convention nationale conviennent de ce qui suit.

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

Après l'article 18 de la convention nationale, à la fin du premier alinéa, sont insérées les dispositions suivantes : « Article 18-1 "Programme d'accompagnement Sophia".

Avant l'article 19 sont insérées les dispositions suivantes :

« Art. 18-2. – Dépistage de la rétinopathie diabétique.

« La rétinopathie diabétique représente l'une des causes principales de malvoyance et de cécité évitables en France. Cette complication microvasculaire oculaire, dont la prévalence augmente avec la durée du diabète peut-être dépistée par un examen régulier du fond de l'œil. Le dépistage doit permettre une prise en charge précoce des lésions rétinienues, afin de prévenir la déficience visuelle sévère et la cécité due à la rétinopathie.

« La pratique actuelle du dépistage de la rétinopathie diabétique ne permet pas d'atteindre totalement les objectifs recommandés par la HAS.

« Les parties signataires conscientes de l'importance de renforcer la prévention dans ce domaine souhaitent offrir une nouvelle modalité de dépistage de la rétinopathie diabétique par coopération entre médecins ophtalmologistes et orthoptistes. Ce type de dépistage avec lecture différée de rétinographies peut également contribuer à l'optimisation des ressources médicales consacrées aux soins ophtalmologiques.

« Les modalités de cette coopération sont définies en annexe XXVII du présent texte. »

L'annexe XXVII « Dépistage de la rétinopathie diabétique » est créée et rédigée dans les termes suivants :

#### « ANNEXE XXVII

##### « DISPOSITIF DE PRÉVENTION DE LA RÉTINOPATHIE

« Conformément aux dispositions de l'article 18-2 de la présente convention, les parties conventionnelles souhaitent améliorer le dépistage de la rétinopathie diabétique. Dans ce cadre, elles s'engagent à faciliter la prise en charge des patients diabétiques en favorisant la coopération entre professionnels de santé.

« Elles s'accordent sur la nécessité de favoriser la lecture différée des photographies du fond d'œil réalisé préalablement par les orthoptistes.

« Cet acte de lecture différée réalisée en dehors de la présence du patient ne peut pas faire l'objet de dépassement d'honoraires.

« 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. »

L'article 6 de la convention est complété par un alinéa rédigé de la manière suivante :

« Les médecins amenés à pratiquer l'acte de lecture différée de photographie du fond d'œil évoqué à l'article 18-2 et à l'annexe XXVII de la présente convention pratiquent également la dispense d'avance des frais au profit des assurés sociaux sur la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. »

#### Article 2

A l'article 27.5 de la convention nationale sont apportées les modifications suivantes :

Après les termes : « en 2013 » sont ajoutés les termes suivants : « et en 2014 ».

### Article 3

A l'article 28.1 de la convention nationale intitulé « CCAM Technique », les termes : « Enfin, ils souhaitent que soient mises en œuvre d'ici fin 2012, les évolutions de nomenclature relatives aux actes d'anatomopathologiques (ACP) » sont supprimés et remplacés par les dispositions suivantes :

« Enfin, ils souhaitent que soit mise en place une nouvelle version de la CCAM-ACP conforme aux recommandations de bonne pratique médicale émises notamment dans le cadre des Plans Cancers et permettant de disposer de données plus précises pour la caractérisation de processus de soins en cancérologie. Les tarifs issus de cette nouvelle classification figurent en annexe XXIV. »

### Article 4

Les alinéas 2 à 6 de l'article 36 de la convention nationale sont remplacés par les termes suivants : « Les médecins titulaires des titres visés à l'article 35.1 et installés antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2013 peuvent adhérer au contrat d'accès aux soins.

Est ajouté à la fin de l'article 36 la disposition suivante : « A titre dérogatoire, pour les médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins au cours de l'année 2013, la règle de proratisation définie à l'annexe XX de la convention liée à la durée de souscription du contrat d'accès aux soins dans l'année civile ne s'applique pas. »

En outre, les parties signataires prennent acte des modifications réglementaires intervenues sur le recouvrement des cotisations sociales par le régime social des indépendants.

A l'article 2 de l'annexe XX, les modifications suivantes sont apportées :

Dans le tableau : sous le titre « Taux de participation », les termes de la première ligne sont supprimés et remplacés par le terme suivant : « 6,50 % ». »

A la fin de l'annexe XIII sont ajoutées les dispositions suivantes : « Afin de ne pas pénaliser le médecin nouvellement installé, ce forfait médecin traitant (FMT) est versé, au titre de la première année d'installation en libéral, pour chacun des patients l'ayant choisi comme médecin traitant. »

### Article 5

A l'article 26.2 de la convention nationale sont apportées les modifications suivantes :

Dans le tableau intitulé « Les indicateurs de qualité de la pratique pour les médecins spécialistes en gastro entérologie et hépatologie », les termes : « les deux premières années postchirurgicales » sont remplacés par les termes : « la première année postchirurgicale ».

### Article 6

Il est créé un article 28.4 à la convention nationale intitulé « Mise en place de la CCAM pour l'activité bucco-dentaire » rédigé dans les termes suivants :

« Les parties signataires s'entendent sur les tarifs correspondant à la hiérarchisation réalisée par les commissions de hiérarchisation des actes et prestations des 26 septembre 2012 et 25 septembre 2013 pour les médecins, et des 27 septembre 2012, 25 octobre 2012 et 6 septembre 2013 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 XXVIII de la présente convention à la date du 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 médecins. Les parties signataires réaffirment leur volonté de rééquilibrage de la rémunération et du financement des soins dentaires. Cette démarche implique de définir à terme 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 d'arrêter des modalités d'évolution des tarifs de la CCAM en adéquation avec l'économie des cabinets pratiquant des actes bucco-dentaires.

« Ainsi, tout médecin adhérent à la convention nationale 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 du 1<sup>er</sup> juin 2014.

« Les partenaires conventionnels s'entendent également 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 conventionnels proposent, sous réserve de son inscription, que cet acte soit valorisé au tarif de 40 euros.

« Ils proposent également la valorisation des 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.
- « La revalorisation de 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.
- « Et enfin, la revalorisation des actes suivants :
- « – restauration d'une dent sur une face par matériau incrusté (inlay-onlay) (HBMD043) : 19,28 euros ;
- « – restauration d'une dent sur deux faces par matériau incrusté (inlay-onlay) (HBMD046) : 33,74 euros ;
- « – restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur une face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire (HBMD058) : 19,28 euros ;
- « – restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur deux faces par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire (HBMD050) : 33,74 euros.
- « Les partenaires conventionnels s'engagent également à examiner les modalités d'une juste valorisation des actes de retraitements endodontiques.
- « Enfin, les parties signataires 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.
- « Enfin, 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'ensemble des mesures prévues au présent article s'applique au 1<sup>er</sup> juin 2014, sous réserve de la modification préalable de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.
- « En application de l'arrêté interministériel du 30 mai 2006 modifié et sous réserve de la publication de la liste des actes et prestations visée au 3<sup>o</sup> de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale mise à jour par arrêté interministériel, les partenaires conventionnels s'accordent pour respecter ledit arrêté et transposer les actes soumis aux 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 XXIX de la présente convention nationale.
- « De plus, ils 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 XXIX les tarifs correspondant à ce bridge de base.
- « Les parties signataires s'accordent également sur la mise en place d'un modèle de devis type conformément aux dispositions de l'article L. 1111-3 du code de la santé publique.
- « Ainsi, avant l'élaboration d'un traitement incluant la fourniture d'un dispositif médical sur mesure, le médecin doit remettre à l'assuré un devis descriptif écrit et comportant notamment :
- « – la description précise et détaillée du traitement envisagé et/ou les matériaux utilisés ;
- « – le montant des honoraires correspondant au traitement proposé à l'assuré ;
- « – le montant de la base de remboursement correspondant calculé selon les cotations de la nomenclature générale des actes professionnels ou de la classification commune des actes médicaux.
- « Ce devis doit être daté et signé par le praticien et l'assuré ou son représentant. Il peut être accepté par l'intéressé soit immédiatement, soit après la décision de la caisse pour les actes ou traitements soumis à accord préalable. Ce devis est la propriété de l'assuré qui peut donc en disposer. Le modèle de devis type est établi en annexe XXX de la convention nationale. En cas de difficulté d'application, la Commission paritaire nationale définie à l'article 70 de la présente convention sera compétente pour étudier le sujet et proposer toute solution adaptée aux situations particulières. »

#### Article 7

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

L'article 14.2 de la convention nationale est modifié dans les termes suivants :

A l'article 14.2 de la convention nationale, après les termes : « pour les patients âgées de 6 à 18 ans sont ajoutées les dispositions suivantes : "ils souhaitent étendre cette action de prévention bucco-dentaire au profit

des femmes enceintes à partir du quatrième mois de grossesse” et avant les termes : « sont définies à l’annexe XV du présent texte », sont ajoutés les termes suivants : « et pour les femmes enceintes à partir du quatrième mois de grossesse. »

Au sous-titre 2 du titre 3 de la convention nationale intitulé : « L’implication des médecins dans les campagnes de prévention », après les termes : « chez les enfants et adolescents », sont ajoutés les termes : « et les femmes enceintes à partir du quatrième mois de grossesse. »

L’annexe XV de la convention nationale intitulé « Disposition de prévention bucco-dentaire » est modifiée dans les conditions suivantes :

Il est ajouté au tout début de l’annexe XV un sous-titre intitulé : « Disposition de prévention bucco-dentaire pour les enfants et les adolescents ».

L’article 2.2 du sous-titre intitulé : « Disposition de prévention bucco-dentaire pour les enfants et les adolescents » est modifié dans les conditions suivantes :

Les termes de cet article 2.2 sont remplacés par les termes suivants : « 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 XXXI de la convention nationale. »

A la fin des dispositions de l’annexe XV sont ajoutées les dispositions suivantes :

*« Prévention bucco-dentaire  
à destination des femmes enceintes*

« Article 1<sup>er</sup>

*« Les parties concernées*

« 1.1. Les bénéficiaires.

« Le dispositif de prévention s’adresse aux femmes enceintes à partir du quatrième mois de grossesse, ayants droit ou assurées sociales, remplissant les conditions d’ouverture des droits aux prestations de l’assurance maladie et maternité.

« 1.2. Les médecins.

« Les médecins relevant des dispositions de la convention nationale des médecins libéraux participent à cette action de prévention.

« Article 2

*« 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.

« 2.1. 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, etc.), 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 médecin, 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.

« 2.2. Les tarifs d’honoraires de l’examen de prévention.

« Cet examen est valorisé 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 d’un ou deux clichés : 42 euros ;

« – examen avec réalisation de trois ou quatre clichés : 54 euros.

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

## « Article 3

« *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 médecin 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 médecin 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 médecin dans le dossier de la patiente.

## « Article 4

« *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 médecins 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.

« Un bilan annuel sera réalisé dans le cadre de la Commission paritaire nationale définie à l'article 70 de la présente convention. »

A la fin de l'article 6 de la convention nationale sont ajoutées les dispositions suivantes :

« Dans le cadre de la mise en place de la prévention bucco-dentaire à destination des femmes enceintes à partir du quatrième mois de grossesse, les partenaires conventionnels s'entendent pour 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 tel que prévu à l'article 14.2 et à l'annexe XV de la présente convention. »

## Article 8

Les actes en SCM, PRO et KC de l'annexe I de la convention nationale sont supprimés à la date du 1<sup>er</sup> juin 2014.

## Article 9

L'annexe XXIV de la convention nationale est modifiée dans les conditions suivantes :

Les actes ci-dessous sont supprimés de l'annexe XXIV intitulée « Tarifs des actes de la CCAM technique. »

CODE	LIBELLÉ	ACTIVITÉ	PHASE	TARIF
ZZQP107	Examen cytopathologique de l'étalement de produit de brossage, de grattage ou d'écouvillonnage de la peau ou de muqueuse	1	0	28,00 €
JKQP001	Examen cytopathologique de prélèvement [frottis] du col de l'utérus	1	0	15,40 €
ZZQP128	Examen cytopathologique de l'étalement de produit d'aspiration ou de liquide de ponction, d'émission ou de lavage d'une structure anatomique, avec prélèvement non différencié	1	0	28,00 €
ZZQP103	Examen cytopathologique de l'étalement de produit d'aspiration ou de liquide de ponction, d'émission ou de lavage de 2 structures anatomiques, avec prélèvement non différencié sur chaque structure	1	0	56,00 €
ZZQP110	Examen cytopathologique de l'étalement de produit d'aspiration ou de liquide de ponction, d'émission ou de lavage de 3 structures anatomiques, avec prélèvement non différencié sur chaque structure	1	0	84,00 €

CODE	LIBELLÉ	ACTIVITÉ	PHASE	TARIF
ZZQP117	Examen cytopathologique de l'étalement de produit d'aspiration ou de liquide de ponction, d'émission ou de lavage de 4 structures anatomiques ou plus, avec prélèvement non différencié sur chaque structure	1	0	112,00 €
ZZQP134	Examen cytopathologique de l'étalement de produit d'aspiration ou de liquide de ponction, d'émission ou de lavage d'une structure anatomique, avec prélèvements différenciés	1	0	36,40 €
ZZQP122	Examen cytopathologique de l'étalement de produit d'aspiration ou de liquide de ponction, d'émission ou de lavage de plusieurs structures anatomiques, avec prélèvements différenciés sur chaque structure	1	0	72,80 €
GEQP002	Examen cytopathologique de produit de lavage bronchioalvéolaire unilatéral, avec une coloration spéciale	1	0	28,00 €
GEQP001	Examen cytopathologique de produit différencié de lavage bronchioalvéolaire bilatéral, avec coloration spéciale	1	0	56,00 €
ZZQP151	Examen cytopathologique de l'étalement de produit de ponction d'une structure anatomique, sur une cible	1	0	33,60 €
ZZQP139	Examen cytopathologique de l'étalement de produit de ponction de 2 structures anatomiques, sur une cible pour chaque structure	1	0	67,20 €
ZZQP141	Examen cytopathologique de l'étalement de produit de ponction de 3 structures anatomiques, sur une cible pour chaque structure	1	0	100,80 €
ZZQP133	Examen cytopathologique de l'étalement de produit de ponction de 4 structures anatomiques ou plus, sur une cible pour chaque structure	1	0	134,40 €
ZZQP120	Examen cytopathologique de l'étalement de produit de ponction d'une structure anatomique, sur plusieurs cibles	1	0	36,40 €
ZZQP142	Examen cytopathologique de l'étalement de produit de ponction de plusieurs structures anatomiques, sur plusieurs cibles pour chaque structure	1	0	72,80 €
ZZQP116	Examen cytopathologique de l'étalement de produit d'aspiration ou de liquide de ponction, d'émission ou de lavage d'une structure anatomique, avec inclusion en paraffine	1	0	28,00 €
ZZQP143	Examen cytopathologique de l'étalement de produit de ponction d'une structure anatomique, avec inclusion en paraffine	1	0	33,60 €
ZZQP108	Examen cytopathologique de l'étalement de produit d'aspiration ou de liquide de ponction, d'émission ou de lavage d'une structure anatomique, avec inclusion en paraffine et examen immunocytochimique	1	0	84,00 €
ZZQP152	Examen cytopathologique de l'étalement de produit de ponction d'une structure anatomique, avec inclusion en paraffine et examen immunocytochimique	1	0	89,60 €
JKQP008	Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de prélèvement [frottis] du col de l'utérus	1	0	15,40 €
ZZQP153	Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de l'étalement de produit d'aspiration ou de liquide de ponction, d'émission ou de lavage d'une structure anatomique, avec prélèvement non différencié	1	0	28,00 €
ZZQP145	Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de l'étalement de produit d'aspiration ou de liquide de ponction, d'émission ou de lavage de 2 structures anatomiques, avec prélèvement non différencié sur chaque structure	1	0	56,00 €

CODE	LIBELLÉ	ACTIVITÉ	PHASE	TARIF
ZZQP147	Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de l'étalement de produit d'aspiration ou de liquide de ponction, d'émission ou de lavage de 3 structures anatomiques, avec prélèvement non différencié sur chaque structure	1	0	84,00 €
ZZQP155	Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de l'étalement de produit d'aspiration ou de liquide de ponction, d'émission ou de lavage de 4 structures anatomiques ou plus, avec prélèvement non différencié sur chaque structure	1	0	112,00 €
ZZQP165	Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de l'étalement de produit d'aspiration ou de liquide de ponction, d'émission ou de lavage d'une structure anatomique, avec prélèvements différenciés	1	0	36,40 €
ZZQP179	Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de l'étalement de produit d'aspiration ou de liquide de ponction, d'émission ou de lavage de plusieurs structures anatomiques, avec prélèvements différenciés sur chaque structure	1	0	72,80 €
ZZQP170	Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de l'étalement de produit de ponction d'une structure anatomique, sur une cible	1	0	33,60 €
ZZQP172	Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de l'étalement de produit de ponction de 2 structures anatomiques, sur une cible pour chaque structure	1	0	67,20 €
ZZQP158	Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de l'étalement de produit de ponction de 3 structures anatomiques, sur une cible pour chaque structure	1	0	100,80 €
ZZQP174	Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de l'étalement de produit de ponction de 4 structures anatomiques ou plus, sur une cible pour chaque structure	1	0	134,40 €
ZZQP129	Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de l'étalement de produit de ponction d'une structure anatomique, sur plusieurs cibles	1	0	36,40 €
ZZQP187	Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de l'étalement de produit de ponction de plusieurs structures anatomiques, sur plusieurs cibles pour chaque structure	1	0	72,80 €
ZZQP162	Examen anatomopathologique de prélèvement biopsique d'une structure anatomique	1	0	28,00 €
ZZQP163	Examen anatomopathologique de prélèvement biopsique de 2 structures anatomiques	1	0	56,00 €
ZZQP132	Examen anatomopathologique de prélèvement biopsique de 3 structures anatomiques ou plus	1	0	84,00 €
ZZQP148	Examen anatomopathologique de prélèvements biopsiques étagés d'une structure anatomique	1	0	36,40 €
ZZQP161	Examen anatomopathologique de prélèvements biopsiques étagés de plusieurs structures anatomiques	1	0	72,80 €
ZZQP176	Examen anatomopathologique de prélèvement biopsique d'une structure anatomique avec cartographie	1	0	61,60 €

CODE	LIBELLÉ	ACTIVITÉ	PHASE	TARIF
ZZQP101	Examen anatomopathologique de prélèvement biopsique de muqueuse d'une structure anatomique	1	0	28,00 €
ZZQP183	Examen anatomopathologique de prélèvement biopsique de muqueuse de 2 structures anatomiques	1	0	56,00 €
ZZQP157	Examen anatomopathologique de prélèvement biopsique de muqueuse de 3 structures anatomiques	1	0	84,00 €
ZZQP144	Examen anatomopathologique de prélèvement biopsique de muqueuse de 4 structures anatomiques	1	0	112,00 €
ZZQP168	Examen anatomopathologique de prélèvement biopsique de muqueuse de 5 structures anatomiques ou plus	1	0	140,00 €
ZZQP156	Examen anatomopathologique de prélèvements biopsiques étagés de muqueuse d'une structure anatomique	1	0	36,40 €
ZZQP167	Examen anatomopathologique de prélèvements biopsiques étagés de muqueuse de 2 structures anatomiques	1	0	72,80 €
ZZQP124	Examen anatomopathologique de prélèvements biopsiques étagés de muqueuse de 3 structures anatomiques	1	0	109,20 €
ZZQP102	Examen anatomopathologique de prélèvements biopsiques étagés de muqueuse de 4 structures anatomiques ou plus	1	0	145,60 €
ZZQP121	Examen anatomopathologique de prélèvement biopsique de muqueuse avec cartographie	1	0	61,60 €
ZZQP149	Examen anatomopathologique extemporané d'un prélèvement de structure anatomique, hors du lieu du prélèvement	1	0	84,00 €
ZZQP119	Examen anatomopathologique extemporané d'un prélèvement de structure anatomique, sur le lieu du prélèvement [au bloc opératoire]	1	0	84,00 €
ZZQP175	Examen anatomopathologique extemporané de 2 à 4 prélèvements différenciés de structure anatomique, hors du lieu du prélèvement	1	0	84,00 €
ZZQP118	Examen anatomopathologique extemporané de 2 à 4 prélèvements différenciés de structure anatomique, sur le lieu du prélèvement [au bloc opératoire]	1	0	84,00 €
ZZQP146	Examen anatomopathologique extemporané de 5 prélèvements différenciés de structure anatomique ou plus, hors du lieu du prélèvement	1	0	84,00 €
ZZQP104	Examen anatomopathologique extemporané de 5 prélèvements différenciés de structure anatomique ou plus, sur le lieu du prélèvement [au bloc opératoire]	1	0	84,00 €
ZZQP123	Examen anatomopathologique de fragment de résection endoscopique ou de curetage de structure anatomique, non différencié par le préleveur	1	0	33,60 €
ZZQP159	Examen anatomopathologique de fragments de résection endoscopique ou de curetage d'une structure anatomique, différenciés par le préleveur	1	0	33,60 €
ZZQP177	Examen anatomopathologique de fragments de résection endoscopique ou de curetage de plusieurs structures anatomiques, différenciés par le préleveur sur chaque structure	1	0	67,20 €

CODE	LIBELLÉ	ACTIVITÉ	PHASE	TARIF
JDQP002	Examen anatomopathologique de fragment de résection endoscopique de la vessie	1	0	33,60 €
JGQP001	Examen anatomopathologique de fragment de résection endoscopique de la prostate	1	0	61,60 €
ZZQP109	Examen anatomopathologique d'une pièce d'expulsion	1	0	33,60 €
ZZQP188	Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse d'une structure anatomique, sans examen des marges ou de recoupe	1	0	33,60 €
ZZQP193	Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse d'une structure anatomique, avec examen des marges nécessitant un échantillonnage	1	0	33,60 €
JKQP002	Examen anatomopathologique d'une pièce de conisation du col de l'utérus ou de mastectomie partielle	1	0	61,60 €
GDQP001	Examen anatomopathologique d'une pièce de laryngectomie ou de pharyngolaryngectomie	1	0	61,60 €
GFQP002	Examen anatomopathologique d'une pièce de pneumonectomie ou de pièces de lobectomies pulmonaires multiples	1	0	61,60 €
ZZQP127	Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse d'une structure anatomique en plusieurs fragments différenciés par le préleveur, sans examen des marges ou de recoupe	1	0	61,60 €
ZZQP154	Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse d'une structure anatomique en plusieurs fragments différenciés par le préleveur, avec examen des marges ou de recoupe	1	0	61,60 €
ZZQP136	Examen anatomopathologique de pièces d'exérèse bilatérale d'une structure anatomique paire, sans examen des marges ou de recoupe	1	0	67,20 €
ZZQP111	Examen anatomopathologique de pièces d'exérèse bilatérale d'une structure anatomique paire, avec examen des marges ou de recoupe	1	0	67,20 €
ZZQP192	Examen anatomopathologique de pièces d'exérèse bilatérale d'une structure anatomique paire en plusieurs fragments différenciés par le préleveur sur chaque structure anatomique, sans examen des marges ou de recoupe	1	0	123,20 €
ZZQP166	Examen anatomopathologique de pièces d'exérèse bilatérale d'une structure anatomique paire en plusieurs fragments différenciés par le préleveur sur chaque structure anatomique, avec examen des marges ou de recoupe de chaque structure	1	0	123,20 €
ZZQP180	Examen anatomopathologique de pièces d'exérèse de 2 structures anatomiques non contiguës, sans examen des marges ou de recoupe	1	0	67,20 €
ZZQP178	Examen anatomopathologique de pièces d'exérèse de 3 structures anatomiques non contiguës, sans examen des marges ou de recoupe	1	0	100,80 €
ZZQP181	Examen anatomopathologique de pièces d'exérèse de 4 structures anatomiques non contiguës ou plus, sans examen des marges ou de recoupe	1	0	134,40 €
ZZQP184	Examen anatomopathologique de pièces d'exérèse de plusieurs structures anatomiques non contiguës, avec examen des marges nécessitant un échantillonnage	1	0	67,20 €

CODE	LIBELLÉ	ACTIVITÉ	PHASE	TARIF
ZZQP164	Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de plusieurs structures anatomiques contiguës, sans examen des marges ou de recoupe	1	0	61,60 €
ZZQP169	Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de plusieurs structures anatomiques contiguës, avec examen des marges nécessitant un échantillonnage	1	0	61,60 €
ZZQP191	Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse bilatérale de plusieurs structures anatomiques contiguës paires, sans examen des marges ou de recoupe	1	0	123,20 €
ZZQP185	Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse bilatérale de plusieurs structures anatomiques contiguës paires, avec examen des marges ou de recoupe de chaque structure	1	0	123,20 €
ZZQP140	Examen immunohistochimique de prélèvement tissulaire fixé avec 1 à 4 anticorps, sans quantification du signal	1	0	56,00 €
ZZQP195	Examen immunohistochimique de prélèvement tissulaire fixé avec 1 à 4 anticorps, avec quantification du signal	1	0	56,00 €
ZZQP114	Examen immunohistochimique de prélèvement tissulaire fixé avec 5 anticorps ou plus, sans quantification du signal	1	0	56,00 €
ZZQP171	Examen immunohistochimique de prélèvement tissulaire fixé avec 5 anticorps ou plus, avec quantification du signal	1	0	56,00 €
ZZQP150	Examen anatomopathologique de prélèvement tissulaire congelé, avec examen immunohistochimique avec 1 à 4 anticorps	1	0	84,00 €
ZZQP112	Examen anatomopathologique de prélèvement tissulaire congelé, avec examen immunohistochimique avec 5 anticorps ou plus	1	0	84,00 €
ZZQP186	Examen anatomopathologique par hybridation <i>in situ</i>	1	0	140,00 €
ZZQP173	Test de détection du génome des papillomavirus humains oncogènes	1	0	37,80 €
JQQP005	Autopsie médicale d'un fœtus ou d'un nouveau-né de moins de 4 jours de vie, sans examen de l'encéphale	1	0	61,60 €
JQQP003	Autopsie médicale d'un fœtus ou d'un nouveau-né de moins de 4 jours de vie, avec examen de l'encéphale	1	0	61,60 €
JQQP002	Autopsie médicale de 2 fœtus	1	0	123,20 €
JQQP004	Autopsie médicale de 3 fœtus ou plus	1	0	184,80 €
YYYY060	Examen immunocytochimique de l'étalement d'un produit de ponction ou d'un produit d'aspiration ou de liquide de ponction, d'émission ou de lavage d'une structure anatomique	1	0	56,00 €
YYYY040	Supplément pour diagnostic histopathologique portant sur des lésions tumorales	1	0	14,00 €
YYYY042	Supplément pour diagnostic histopathologique portant sur des lésions malignes tumorales	1	0	28,00 €

Les actes listés ci-dessous sont ajoutés à l'annexe XXIV intitulée « Tarifs des actes de la CCAM technique » :

CODE	LIBELLÉ	ACTIVITÉ	PHASE	TARIF
AZQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse de tumeur de l'encéphale, de la moelle épinière ou des méninges	1	0	92,09 €
BZQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse d'organe accessoire de l'œil	1	0	51,28 €
BHQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'énucléation du bulbe [globe] oculaire	1	0	92,09 €
BKQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exentération de l'orbite	1	0	89,44 €
ENQX011	Examen histopathologique de biopsie d'artère avec coloration spéciale	1	0	28,00 €
DZQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse de tumeur du cœur	1	0	62,15 €
FCQX028	Examen histopathologique de biopsie de nœud [ganglion] lymphatique	1	0	71,00 €
FDQX007	Examen histopathologique de biopsie de moelle osseuse avec coloration spéciale	1	0	71,00 €
FCQX004	Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de nœud [ganglion] lymphatique	1	0	55,30 €
FCQX005	Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse d'un nœud [ganglion] lymphatique sentinelle	1	0	42,59 €
FCQX008	Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de 2 nœuds [ganglions] lymphatiques sentinelles	1	0	57,21 €
FCQX007	Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de 3 nœuds [ganglions] lymphatiques sentinelles	1	0	75,64 €
FCQX006	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse d'un groupe lymphonodal [ganglionnaire lymphatique]	1	0	38,14 €
FCQX010	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièces d'exérèse de 2 ou 3 groupes lymphonodaux [ganglionnaires lymphatiques]	1	0	66,11 €
FCQX012	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièces d'exérèse de 4 à 6 groupes lymphonodaux [ganglionnaires lymphatiques]	1	0	102,34 €
FCQX011	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièces d'exérèse de 7 groupes lymphonodaux [ganglionnaires lymphatiques] ou plus	1	0	124,58 €
FAQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'amygdalectomie	1	0	64,20 €
FBOX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse du thymus ou de vestiges thymiques	1	0	116,48 €
FFQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de splénectomie	1	0	69,92 €
GEOX002	Examen cytopathologique de produit de lavage bronchioloalvéolaire, non différencié, avec coloration spéciale	1	0	28,00 €

CODE	LIBELLÉ	ACTIVITÉ	PHASE	TARIF
GEQX001	Examen cytopathologique de produit de lavage bronchioloalvéolaire, différencié, avec coloration spéciale	1	0	56,00 €
GFQX020	Examen histopathologique de biopsie de poumon avec coloration spéciale pour diagnostic d'affection non carcinologique	1	0	60,00 €
GCQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse de cavité nasale [fosse nasale] et/ou de sinus paranasal	1	0	68,20 €
GCQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse du rhinopharynx	1	0	66,45 €
GDQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de corpectomie laryngée	1	0	70,27 €
GDQX008	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de laryngectomie partielle et/ou de pharyngectomie partielle	1	0	108,23 €
GDQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de laryngectomie partielle verticale ou de laryngectomie totale	1	0	119,57 €
GFQX006	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse pulmonaire non anatomique et/ou de segmentectomie, non différenciées, sans résection de côte ni de vertèbre	1	0	68,45 €
GFQX009	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièces d'exérèse pulmonaire non anatomique et/ou de segmentectomie, différenciées, sans résection de côte ni de vertèbre	1	0	99,72 €
GFQX010	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse pulmonaire non anatomique et/ou de segmentectomie, avec résection de côte et/ou de vertèbre	1	0	96,64 €
GFQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse d'une lobectomie pulmonaire, sans résection de côte ni de vertèbre	1	0	116,35 €
GFQX008	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de pneumonectomie ou de lobectomies pulmonaires multiples, sans résection de côte ni de vertèbre	1	0	132,60 €
GFQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse d'une lobectomie pulmonaire, avec résection de côte et/ou de vertèbre	1	0	142,24 €
GFQX007	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de pneumonectomie ou de lobectomies pulmonaires multiples, avec résection de côte et/ou de vertèbre	1	0	159,06 €
GGQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse de tumeur de plèvre	1	0	70,71 €
HLOX013	Examen histopathologique de biopsie de foie avec coloration spéciale pour diagnostic d'affection non carcinologique	1	0	60,00 €
HAQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse de lèvre, de commissure labiale et/ou de muqueuse buccale	1	0	48,13 €
HAQX017	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de glossectomie, de pelvectomie buccale, de pelviglossectomie ou d'oropharyngectomie sans mandibulectomie	1	0	69,12 €
HAQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de pelvimandibulectomie, de pelvi-glosso-mandibulectomie ou d'oropharyngectomie avec mandibulectomie	1	0	89,57 €

CODE	LIBELLÉ	ACTIVITÉ	PHASE	TARIF
HCQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse de glande salivaire	1	0	91,37 €
HDQX007	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de pharyngolaryngectomie totale	1	0	122,97 €
HEQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse endoscopique de l'œsophage	1	0	51,15 €
HEQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'œsophagectomie partielle ou totale	1	0	106,37 €
HEQX008	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'œsophago-pharyngo-laryngectomie ou d'œsophagogastréctomie	1	0	124,03 €
HFQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse endoscopique de l'estomac	1	0	66,06 €
HFQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de gastrectomie partielle	1	0	90,41 €
HFQX008	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de gastrectomie totale ou de dévastrogastrectomie	1	0	114,74 €
HGQX003	Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse intestinale pour maladie inflammatoire chronique de l'intestin [MICI]	1	0	56,20 €
HGQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse endoscopique de l'intestin grêle	1	0	53,16 €
HGQX008	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse segmentaire de l'intestin grêle	1	0	81,71 €
HHQX007	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'appendicectomie	1	0	43,05 €
HHQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse endoscopique de 1 ou 2 lésions du côlon et/ou du rectum	1	0	51,53 €
HHQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse de endoscopique de 3 à 5 lésions du côlon et/ou du rectum	1	0	75,29 €
HHQX008	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse endoscopique de 6 lésions ou plus du côlon et/ou du rectum	1	0	93,51 €
HHQX006	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de colectomie partielle ou de rectosigmoïdectomie sans résection du mésorectum	1	0	102,93 €
HHQX010	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de colectomie totale	1	0	124,14 €
HHQX011	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de coloproctectomie totale	1	0	129,69 €
HJQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de rectosigmoïdectomie, ou d'exérèse partielle ou totale de rectum, emportant le mésorectum	1	0	110,11 €
HKQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse du canal anal et/ou de la marge anale	1	0	56,70 €

CODE	LIBELLÉ	ACTIVITÉ	PHASE	TARIF
HLOX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'une hépatectomie partielle	1	0	85,30 €
HLOX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièces de plusieurs hépatectomies partielles	1	0	104,69 €
HLOX008	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'hépatectomie totale	1	0	138,74 €
HMQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de cholécystectomie	1	0	84,54 €
HMQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse de conduit biliaire extrahépatique	1	0	76,77 €
HNQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse de la papille duodénale majeure [ampullectomie]	1	0	68,98 €
HNQX008	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de pancréatectomie partielle, sans splénectomie	1	0	105,98 €
HNQX007	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de pancréatectomie partielle, avec splénectomie	1	0	138,79 €
HNQX006	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de duodéno pancréatectomie partielle ou totale	1	0	172,24 €
HPQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse de tumeur du grand omentum, du péritoine et/ou de repli péritonéal [mésos]	1	0	60,58 €
JKQX001	Examen cytopathologique de dépistage de prélèvement [frottis] du col de l'utérus	1	0	15,40 €
JKQX027	Examen cytopathologique de contrôle de prélèvement [frottis] du col de l'utérus	1	0	19,00 €
JKQX008	Examen cytopathologique de dépistage en phase liquide [technique monocouche] de prélèvement [frottis] du col de l'utérus	1	0	15,40 €
JKQX015	Examen cytopathologique de contrôle en phase liquide [technique monocouche] de prélèvement [frottis] du col de l'utérus	1	0	19,00 €
JAQX006	Examen histopathologique de biopsie de rein avec coloration spéciale pour diagnostic d'affection non carcinologique	1	0	60,00 €
JDQX002	Examen histopathologique de fragments d'exérèse endoscopique de la vessie	1	0	33,60 €
JGQX001	Examen histopathologique de fragments d'exérèse endoscopique de la prostate	1	0	75,98 €
JAQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de néphrectomie totale ou de néphro-urétérectomie	1	0	127,38 €
JAQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de néphrectomie partielle	1	0	87,85 €
JCQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'urétérectomie partielle ou totale	1	0	53,65 €
JDQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de cystectomie partielle	1	0	76,62 €

CODE	LIBELLÉ	ACTIVITÉ	PHASE	TARIF
JDQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de cystectomie totale	1	0	122,46 €
JEQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'urétérectomie partielle ou totale	1	0	68,31 €
JGQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de vésiculoprostatectomie totale	1	0	146,12 €
JGQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de vésiculo-prostato-cystectomie totale	1	0	147,01 €
JHQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'orchidectomie partielle	1	0	65,58 €
JHQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'orchidectomie totale	1	0	116,45 €
JHQX008	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'amputation partielle du pénis	1	0	78,66 €
JHQX007	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'amputation totale du pénis	1	0	99,69 €
JJQX008	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de salpingectomie	1	0	60,18 €
JJQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'une ovariectomie partielle ou totale	1	0	120,56 €
JJQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de plusieurs ovariectomies partielle et/ou totale	1	0	137,44 €
JKQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'hystérectomie, sans annexectomie	1	0	87,74 €
JKQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'hystérectomie, avec annexectomie	1	0	117,94 €
JKQX020	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'hystérectomie, avec annexectomie et omentectomie	1	0	133,31 €
JKQX007	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de conisation du col de l'utérus	1	0	96,06 €
JLQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de colpectomie partielle ou totale	1	0	61,18 €
JKQX006	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de trachélectomie [cervicectomie] ou de colpotrachélectomie	1	0	64,62 €
JMQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de vulvectomie partielle	1	0	70,14 €
JMQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de vulvectomie totale	1	0	102,59 €
JFQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de pelvectomie antérieure	1	0	144,99 €
JFQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de pelvectomie totale	1	0	145,25 €

CODE	LIBELLÉ	ACTIVITÉ	PHASE	TARIF
JPOX007	Examen anatomopathologique d'un placenta complet avec cordon et membranes	1	0	52,50 €
JPOX019	Examen anatomopathologique de plusieurs placentas complets avec cordons et membranes	1	0	65,73 €
JQOX109	Examen anatomopathologique de produit d'avortement avant la 14 <sup>e</sup> semaine d'aménorrhée	1	0	33,60 €
JQOX005	Autopsie médicale d'un fœtus ou d'un nouveau-né de moins de 4 jours de vie, sans examen de l'encéphale	1	0	61,60 €
JQOX003	Autopsie médicale d'un fœtus ou d'un nouveau-né de moins de 4 jours de vie, avec examen de l'encéphale	1	0	61,60 €
JQOX002	Autopsie médicale de 2 fœtus	1	0	123,20 €
JQOX004	Autopsie médicale de 3 fœtus ou plus	1	0	184,80 €
KCOX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de lobectomie ou de lobo-isthmectomie thyroïdienne	1	0	64,86 €
KCOX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de thyroïdectomie subtotale ou totale	1	0	99,26 €
KDOX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de parathyroïdectomie	1	0	60,35 €
KEOX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de surrénalectomie	1	0	99,70 €
PZOX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'amputation partielle ou totale d'un doigt ou d'un orteil	1	0	74,13 €
PZOX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'amputation partielle ou totale de main, de pied ou de plusieurs doigts ou orteils	1	0	84,77 €
PZOX008	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'amputation partielle ou totale de membre	1	0	152,57 €
PAOX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse de tumeur de l'os et/ou de cartilage	1	0	144,45 €
PDIX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse de tumeur des tissus mous fasciaux et/ou sousfasciaux [aponévrotiques et/ou sous-aponévrotiques]	1	0	93,14 €
ZZOX107	Examen cytopathologique de l'étalement de produit de brossage, de grattage ou d'écouvillonnage de la peau ou de muqueuse	1	0	28,00 €
OZOX021	Examen histopathologique de biopsie de peau avec coloration spéciale pour diagnostic d'affection non carcinologique	1	0	40,00 €
OZOX014	Examen histopathologique de biopsie d'ongle avec coloration spéciale	1	0	30,00 €
OZOX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique d'une pièce d'exérèse de peau et/ou de tissu mou susfascial [susaponévrotique] de moins de 5 cm <sup>2</sup>	1	0	47,55 €
OZOX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse de peau et/ou de tissu mou susfascial [susaponévrotique] de 5 cm <sup>2</sup> ou plus	1	0	64,57 €

CODE	LIBELLÉ	ACTIVITÉ	PHASE	TARIF
QZQX032	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de plusieurs pièces d'exérèse de peau et/ou de tissu mou susfascial [susaponévrotique] de moins de 5 cm <sup>2</sup>	1	0	85,50 €
QEQX016	Examen histopathologique d'une macrobiopsie de sein	1	0	96,73 €
QEQX037	Examen histopathologique de plusieurs macrobiopsies de sein	1	0	96,73 €
QEQX004	Examen anatomopathologique à visée carcinologique d'une pièce de mastectomie partielle ou totale avec lésion unifocale	1	0	108,18 €
QEQX005	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de plusieurs pièces de mastectomie partielle et/ou totale avec lésion unifocale sur chaque pièce d'exérèse	1	0	125,21 €
QEQX008	Examen anatomopathologique à visée carcinologique d'une pièce de mastectomie partielle ou totale avec lésion infraclinique ou lésion plurifocale	1	0	149,94 €
QEQX007	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de plusieurs pièces de mastectomie partielle et/ou totale avec lésion infraclinique ou lésion plurifocale sur chaque pièce d'exérèse	1	0	164,90 €
QEQX006	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse d'un conduit lactifère [pyramidectomie]	1	0	101,07 €
QEQX010	Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse de plusieurs conduits lactifères [pyramidectomies]	1	0	116,19 €
ZZQX128	Examen cytopathologique de l'étalement d'un prélèvement ou de plusieurs prélèvements non différenciés de liquide de structure anatomique	1	0	28,00 €
ZZQX103	Examen cytopathologique de l'étalement de 2 prélèvements différenciés de liquide de structure anatomique	1	0	46,42 €
ZZQX110	Examen cytopathologique de l'étalement de 3 prélèvements différenciés de liquide de structure anatomique	1	0	78,25 €
ZZQX117	Examen cytopathologique de l'étalement de 4 prélèvements différenciés ou plus de liquide de structure anatomique	1	0	75,79 €
ZZQX151	Examen cytopathologique de l'étalement d'un prélèvement ou de plusieurs prélèvements non différenciés de produit de ponction de structure anatomique	1	0	33,60 €
ZZQX139	Examen cytopathologique de l'étalement de 2 prélèvements différenciés de produit de ponction de structure anatomique	1	0	41,94 €
ZZQX141	Examen cytopathologique de l'étalement de 3 prélèvements différenciés de produit de ponction de structure anatomique	1	0	42,62 €
ZZQX133	Examen cytopathologique de l'étalement de 4 prélèvements différenciés ou plus de produit de ponction de structure anatomique	1	0	64,24 €
ZZQX116	Examen cytopathologique de culot cellulaire d'un prélèvement ou de plusieurs prélèvements non différenciés de liquide et/ou de produit de ponction de structure anatomique, avec inclusion en paraffine	1	0	36,62 €
ZZQX023	Examen cytopathologique de culot cellulaire de 2 prélèvements différenciés de liquide et/ou de produit de ponction de structure anatomique, avec inclusion en paraffine	1	0	36,62 €

CODE	LIBELLÉ	ACTIVITÉ	PHASE	TARIF
ZZQX098	Examen cytopathologique de culot cellulaire de 3 prélèvements différenciés de liquide et/ou de produit de ponction de structure anatomique, avec inclusion en paraffine	1	0	36,62 €
ZZQX054	Examen cytopathologique de culot cellulaire de 4 prélèvements différenciés de liquide et/ou de produit de ponction de structure anatomique, avec inclusion en paraffine	1	0	36,62 €
ZZQX153	Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] d'un prélèvement ou de prélèvements non différenciés de liquide, de structure anatomique	1	0	28,00 €
ZZQX145	Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de 2 prélèvements différenciés de liquide, de structure anatomique	1	0	42,57 €
ZZQX147	Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de 3 prélèvements différenciés de liquide, de structure anatomique	1	0	75,50 €
ZZQX155	Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de 4 prélèvements différenciés ou plus de liquide, de structure anatomique	1	0	104,70 €
ZZQX170	Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] d'un prélèvement ou de plusieurs prélèvements non différenciés de produit de ponction de structure anatomique	1	0	33,60 €
ZZQX172	Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de 2 prélèvements différenciés de produit de ponction de structure anatomique	1	0	47,46 €
ZZQX158	Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de 3 prélèvements différenciés de produit de ponction de structure anatomique	1	0	62,74 €
ZZQX174	Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de 4 prélèvements différenciés ou plus de produit de ponction de structure anatomique	1	0	80,50 €
ZZQX162	Examen histopathologique de biopsie d'une structure anatomique	1	0	28,00 €
ZZQX163	Examen histopathologique de biopsie de 2 structures anatomiques	1	0	54,00 €
ZZQX132	Examen histopathologique de biopsie de 3 structures anatomiques	1	0	80,00 €
ZZQX197	Examen histopathologique de biopsie de 4 structures anatomiques	1	0	100,00 €
ZZQX035	Examen histopathologique de biopsie de 5 structures anatomiques ou plus	1	0	110,00 €
ZZQX077	Examen histopathologique de biopsies étagées d'une structure anatomique	1	0	36,40 €
ZZQX200	Examen histopathologique de biopsies étagés de 2 structures anatomiques	1	0	73,10 €
ZZQX068	Examen histopathologique de biopsies étagés de 3 structures anatomiques	1	0	107,89 €
ZZQX047	Examen histopathologique de biopsies étagés de 4 structures anatomiques ou plus	1	0	126,55 €
ZZQX217	Examen histopathologique de biopsies d'une structure anatomique avec cartographie	1	0	84,69 €

CODE	LIBELLÉ	ACTIVITÉ	PHASE	TARIF
ZZQX012	Examen histopathologique de biopsies de plusieurs structures anatomiques avec cartographie de chaque structure anatomique	1	0	138,73 €
ZZQX149	Examen cytopathologique et/ou histopathologique extemporané d'un prélèvement de structure anatomique, hors du lieu du prélèvement	1	0	84,00 €
ZZQX119	Examen cytopathologique et/ou histopathologique extemporané d'un prélèvement de structure anatomique, sur le lieu du prélèvement	1	0	84,00 €
ZZQX175	Examen cytopathologique et/ou histopathologique extemporané de 2 à 4 prélèvements différenciés de structure anatomique, hors du lieu du prélèvement	1	0	84,00 €
ZZQX118	Examen cytopathologique et/ou histopathologique extemporané de 2 à 4 prélèvements différenciés de structure anatomique, sur le lieu du prélèvement	1	0	84,00 €
ZZQX146	Examen cytopathologique et/ou histopathologique extemporané de 5 prélèvements différenciés ou plus de structure anatomique, hors du lieu du prélèvement	1	0	84,00 €
ZZQX104	Examen cytopathologique et/ou histopathologique extemporané de 5 prélèvements différenciés ou plus de structure anatomique, sur le lieu du prélèvement	1	0	84,00 €
ZZQX123	Examen histopathologique de fragment d'exérèse endoscopique ou de curetage de structure anatomique, non différenciés par le préleveur	1	0	33,60 €
ZZQX159	Examen histopathologique de fragments d'exérèse endoscopique ou de curetage d'une structure anatomique, différenciés par le préleveur	1	0	33,60 €
ZZQX177	Examen histopathologique de fragments d'exérèse endoscopique ou de curetage de plusieurs structures anatomiques, différenciés par le préleveur sur chaque structure	1	0	67,20 €
ZZQX188	Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse monobloc ou en fragments non différenciés, d'une structure anatomique	1	0	34,52 €
ZZQX127	Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse en fragments différenciés d'une structure anatomique	1	0	40,00 €
ZZQX192	Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse en fragments différenciés de plusieurs structures anatomiques	1	0	119,48 €
ZZQX180	Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de 2 structures anatomiques	1	0	67,79 €
ZZQX178	Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de 3 structures anatomiques	1	0	93,45 €
ZZQX181	Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de 4 structures anatomiques ou plus	1	0	86,70 €
ZZQX069	Examen immunocytochimique ou immunohistochimique de prélèvement cellulaire ou tissulaire fixé avec 1 à 2 anticorps, sans quantification du signal	1	0	48,00 €
ZZQX081	Examen immunocytochimique ou immunohistochimique de prélèvement cellulaire ou tissulaire fixé avec 1 à 2 anticorps, avec quantification du signal pour chaque anticorps	1	0	56,00 €

CODE	LIBELLÉ	ACTIVITÉ	PHASE	TARIF
ZZQX027	Examen immunocytochimique ou immunohistochimique de prélèvement cellulaire ou tissulaire fixé avec 3 à 5 anticorps, sans quantification du signal	1	0	68,00 €
ZZQX045	Examen immunocytochimique ou immunohistochimique de prélèvement cellulaire ou tissulaire fixé avec 3 à 5 anticorps, avec quantification du signal pour chaque anticorps	1	0	83,00 €
ZZQX034	Examen immunocytochimique ou immunohistochimique de prélèvement cellulaire ou tissulaire fixé avec 6 à 9 anticorps, sans quantification du signal	1	0	100,00 €
ZZQX122	Examen immunocytochimique ou immunohistochimique de prélèvement cellulaire ou tissulaire fixé avec 6 à 9 anticorps, avec quantification du signal pour chaque anticorps	1	0	130,00 €
ZZQX092	Examen immunocytochimique ou immunohistochimique de prélèvement cellulaire ou tissulaire fixé, avec 10 anticorps ou plus, sans quantification du signal	1	0	160,00 €
ZZQX016	Examen cytopathologique ou anatomopathologique de prélèvement cellulaire ou tissulaire congelé, avec examen immunocytochimique, immunohistochimique et/ou immunofluorescence avec 1 à 4 anticorps	1	0	84,00 €
ZZQX073	Examen cytopathologique ou anatomopathologique de prélèvement cellulaire ou tissulaire congelé, avec examen immunocytochimique, immunohistochimique et/ou immunofluorescence avec 5 anticorps ou plus	1	0	84,00 €
ZZQX029	Examen cytopathologique ou histopathologique par hybridation <i>in situ</i> , sans quantification du signal	1	0	140,00 €
ZZQX058	Examen cytopathologique ou histopathologique par hybridation <i>in situ</i> , avec quantification du signal	1	0	190,00 €
ZZQX173	Test de détection du génome des papillomavirus humains oncogènes	1	0	37,80 €

Les actes listés ci-dessous sont modifiés de la manière suivante à l'annexe XXIV intitulée « Tarifs des actes de la CCAM technique » :

CODE	LIBELLÉ	ACTIVITÉ	PHASE	TARIF
YYYY095	Assistance pédiatrique avant la naissance, sur appel du praticien responsable de l'accouchement, pour une situation de risque néonatal, avec établissement d'un compte rendu	1	0	76,80
YYYY154	Réanimation immédiate ou différée du nouveau-né en détresse vitale, comportant toute technique de ventilation, avec ou sans intubation, et les actes associés, avec établissement d'un compte rendu	1	0	96,00
YYYY117	Mise en condition médicale et surveillance d'un nouveau-né pour transfert médicalisé vers un centre spécialisé, avec établissement d'un compte rendu	1	0	80,00
YYYY123	Surveillance en unité d'obstétrique d'un enfant dont l'état nécessite un placement en incubateur ou des soins de courte durée	1	0	23,00
YYYY009	Forfait de néonatalogie en unité de néonatalogie	1	0	31,00

#### Article 10

Sont créées à la convention nationale les annexes XXVIII, XXIX, XXX et XXXI rédigées dans les termes suivants :

## « ANNEXE XXVIII

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

« Applicable à compter du 1<sup>er</sup> juin 2014 sous réserve des dispositions de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale

CODES	ACTIVITÉ	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
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

CODES	ACTIVITÉ	PHASE	TARIF (en euros)
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
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

CODES	ACTIVITÉ	PHASE	TARIF (en euros)
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
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

CODES	ACTIVITÉ	PHASE	TARIF (en euros)
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
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

CODES	ACTIVITÉ	PHASE	TARIF (en euros)
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
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

CODES	ACTIVITÉ	PHASE	TARIF (en euros)
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
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

CODES	ACTIVITÉ	PHASE	TARIF (en euros)
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
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

CODES	ACTIVITÉ	PHASE	TARIF (en euros)
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
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

CODES	ACTIVITÉ	PHASE	TARIF (en euros)
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
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

CODES	ACTIVITÉ	PHASE	TARIF (en euros)
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
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

CODES	ACTIVITÉ	PHASE	TARIF (en euros)
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
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

CODES	ACTIVITÉ	PHASE	TARIF (en euros)
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
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

CODES	ACTIVITÉ	PHASE	TARIF (en euros)
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
LBLD006	1	0	172,80
LBLD001	1	0	129,00
ZALP002	1	0	
HBQK040	1	0	11,97
HBQK303	1	0	15,96

CODES	ACTIVITÉ	PHASE	TARIF (en euros)
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
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

CODES	ACTIVITÉ	PHASE	TARIF (en euros)
YYYY236	1	0	419,25
YYYY353	1	0	451,50
N			15,70 %

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

Applicable à compter du 1<sup>er</sup> juin 2014 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

CODES	COEFFICIENTS de majoration
HBMD050	1,077
HBMD054	1,077
HBMD044	1,077
HBMD047	1,077
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

CODES	COEFFICIENTS de majoration
HBB001	1,077
HBB002	1,077
HBPD002	1,079
HBPA001	1,079
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

CODES	COEFFICIENTS de majoration
HBMD019	1,079
HBGB005	1,079
HBGB003	1,079
HBGB002	1,079
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

CODES	COEFFICIENTS de majoration
LBLD019	1,079
LBLD073	1,079
LBLD086	1,079
LBLD193	1,079
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

CODES	COEFFICIENTS de majoration
HBGD106	1,079
HBGD076	1,079
HBGD422	1,079
HBGD420	1,079
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

CODES	COEFFICIENTS de majoration
LBLD270	1,079
LBLD143	1,079
LBLD235	1,079
LBLD311	1,079
LBLD214	1,079
LBLD034	1,079
LBLD057	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

CODES	COEFFICIENTS de majoration
LPGA002	1,079
LPGA006	1,079
LPGA007	1,079
LPGA008	1,079
LPGA009	1,079
LPGA139	1,079
LPGA052	1,079
LPGA168	1,079

## ANNEXE XXIX

## 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 au 1<sup>er</sup> juin 2014 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 CMUC et montants maxima pris en charge**

CODES CCAM	LIBELLÉS	CODES CMUC transposés	TARIF de responsabilité (en euros) (1)	DÉPASSEMENT maximum autorisé (en euros) (2) - (1)	MONTANT maximum autorisé (en euros) (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 ( <i>CMUC uniquement pour pose de couronnes dentaires céramométalliques, pour incisives, canines et premières prémolaires</i> )	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 coronaradiculaire métallique coulée sans clavette sur une dent	FDC38	122,55	0,00	122,55
HBLD261	Pose d'une infrastructure coronaradiculaire métallique coulée avec clavette sur une dent	FDC39	144,05	0,00	144,05
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 :	FDC1 + FDC3 + FDC3	279,50	700,50	980,00

CODES CCAM	LIBELLÉS	CODES CMUC transposés	TARIF de responsabilité (en euros) (1)	DÉPASSEMENT maximum autorisé (en euros) (2) - (1)	MONTANT maximum autorisé (en euros) (2)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- hors éléments céramocéramiques</li> <li>- éléments céramométalliques : uniquement pour incisives, canines et premières prémolaires</li> </ul>				
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 : <ul style="list-style-type: none"> <li>- hors éléments céramocéramiques</li> <li>- éléments céramométalliques : uniquement pour incisives, canines et premières prémolaires</li> </ul>	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
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
HBLD. 370	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

CODES CCAM	LIBELLÉS	CODES CMUC transposés	TARIF de responsabilité (en euros) (1)	DÉPASSEMENT maximum autorisé (en euros) (2) - (1)	MONTANT maximum autorisé (en euros) (2)
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
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*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*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*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*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*6	193,50	0,00	193,50

CODES CCAM	LIBELLÉS	CODES CMUC transposés	TARIF de responsabilité (en euros) (1)	DÉPASSEMENT maximum autorisé (en euros) (2) - (1)	MONTANT maximum autorisé (en euros) (2)
YYYY142	Supplément pour pose de 7 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA23*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*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*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*10	322,50	0,00	322,50
YYYY184	Supplément pour pose de 11 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA23*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*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*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*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

CODES CCAM	LIBELLÉS	CODES CMUC transposés	TARIF de responsabilité (en euros) (1)	DÉPASSEMENT maximum autorisé (en euros) (2) - (1)	MONTANT maximum autorisé (en euros) (2)
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
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
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

CODES CCAM	LIBELLÉS	CODES CMUC transposés	TARIF de responsabilité (en euros) (1)	DÉPASSEMENT maximum autorisé (en euros) (2) - (1)	MONTANT maximum autorisé (en euros) (2)
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
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

CODES CCAM	LIBELLÉS	CODES CMUC transposés	TARIF de responsabilité (en euros) (1)	DÉPASSEMENT maximum autorisé (en euros) (2) - (1)	MONTANT maximum autorisé (en euros) (2)
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 maxima pris en charge**

LIBELLÉS	CODES CMUC transposés	TARIF de responsabilité (en euros) (1)	DÉPASSEMENT maximum autorisé (en euros) (2) - (1)	MONTANT maximum autorisé (en euros) (2)
<b>Orthopédie dento-faciale</b> Traitement des dysmorphoses, par période de six mois, dans la limite de six périodes : - sans multi-attaches	FDO28	193,50	139,50	333,00
Traitement des dysmorphoses : - avec multi-attaches	FDO29	193,50	270,50	464,00
Séance de surveillance (au maximum 2 par semestre)	FDO31	10,75	0	10,75
Contention après traitement orthodontique : - première année	FDO32	161,25	0	161,25
- deuxième année	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 ;	FDO34	430,00	0	430,00
- en période d'attente	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 XXX

DEVIS TYPE POUR LES TRAITEMENTS ET ACTES BUCCO-DENTAIRES  
FAISANT L'OBJET D'UNE ENTENTE DIRECTE

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

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

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

Les charges globales du cabinet sont distinguées en trois catégories :

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

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

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

1.1. Définitions des rubriques de la déclaration 2035 :

[BR] = Total dépenses professionnelles.

[BA] = Achats.

[BK] = Charges sociales personnelles.

[JY] = Contribution économique territoriale.

[BV] = Contribution sociale généralisée déductible.

[BS] = Autres impôts.

[CH] = Dotations aux amortissements.

[AG] = Honoraires totaux.

1.2. Calcul du taux de charges de structure :

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

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

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

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

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

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

$$\text{Montant des prestations de soins de l'acte} =$$

$$\text{honoraires de l'acte} (1 - \text{taux de charges de structure}) - \text{prix d'achat du dispositif}$$

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

$$\text{Charges de structure} =$$

$$\text{honoraires de l'acte} - \text{montant des prestations de soins} - \text{prix de vente du dispositif}$$

Cas particulier des actes à honoraires plafonnés (CMUC)

Les calculs sont établis comme pour un acte à honoraires non plafonnés, la différence entre les honoraires habituel et les honoraires plafonnés est déduite du montant des prestations de soins (B1)

Description des prestations médicales :

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



### Notice explicative pour le patient figurant au dos du devis

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

Votre médecin 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 médecin 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 médecin indique dans la colonne D, réservée à la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire la mention « NR » (non remboursable).

Le médecin 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 médecin 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 médecin. 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).

## ANNEXE XXXI

### LISTE DES SOINS CONSÉCUTIFS PRIS EN CHARGE AU TITRE DU DISPOSITIF D'EXAMEN BUCCO-DENTAIRE DES JEUNES VISÉ À L'ARTICLE 14.2 DE LA CONVENTION NATIONALE

Applicable au 1<sup>er</sup> juin 2014 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	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire d'un secteur de 1 à 3 dents contiguës
HBQK191	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

CHAPITRE ET CODES	LIBELLÉS
HBQK046	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 9 secteurs distincts de 1 à 3 dents contiguës
HBQK065	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 10 secteurs distincts de 1 à 3 dents contiguës
HBQK424	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 11 secteurs distincts de 1 à 3 dents contiguës
HBQK476	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 12 secteurs distincts de 1 à 3 dents contiguës
HBQK093	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 13 secteurs distincts de 1 à 3 dents contiguës
HBQK041	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 14 secteurs distincts de 1 à 3 dents contiguës
HBQK002	Radiographie panoramique dentomaxillaire
HBQK001	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
<b>07.02.02.04</b>	<b>Prophylaxie buccodentaire</b>
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
HBJD 001	Détartrage et polissage des dents
<b>07.02.02.05</b>	<b>Restauration des tissus durs de la dent</b>
HBMD043	Restauration d'une dent sur 1 face par matériau incrusté [inlay-onlay]
HBMD046	Restauration d'une dent sur 2 faces par matériau incrusté [inlay-onlay]
HBMD055	Restauration d'une dent sur 3 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay]
HBMD058	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire

CHAPITRE ET CODES	LIBELLÉS
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
<b>07.02.02.06</b>	<b>Exérèse de la pulpe et du contenu canalaire de la dent</b>
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

CHAPITRE ET CODES	LIBELLÉS
HBFD024	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	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
<b>07.02.02.10</b>	<b>Avulsion de dents temporaires</b>
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

CHAPITRE ET CODES	LIBELLÉS
HBGD042	Avulsion d'1 dent temporaire retenue, incluse ou réincluse
HBGD026	Avulsion de 2 dents temporaires retenues, incluses ou réincluses
<b>07.02.02.11</b>	<b>Avulsion de dents permanentes</b>
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

CHAPITRE ET CODES	LIBELLÉS
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
HBGD031	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade avec séparation des racines
HBGD032	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	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
HBGD028	Avulsion d'une incisive permanente retenue 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
HBGD459	Avulsion d'une prémolaire retenue ou à l'état de germe
HBGD386	Avulsion de 2 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
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

CHAPITRE ET CODES	LIBELLÉS
HBGD044	Avulsion d'une dent à couronne sous-muqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD003	Avulsion d'un odontoïde inclus ou d'une dent surnuméraire à l'état de germe
HBGD016	Avulsion d'une racine incluse
HBGD017	Avulsion d'une dent ectopique
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	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
<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	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire sur un secteur de 1 à 3 dents contiguës, préinterventionnelle ou périnterventionnelle avec radiographie finale pour acte thérapeutique endodontique
HBQK303	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire sur un secteur de 1 à 3 dents contiguës préinterventionnelle, périnterventionnelle et finale pour acte thérapeutique endodontique
HBQK061	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire d'un secteur de 1 à 3 dents contiguës, périnterventionnelle et/ou finale, en dehors d'un acte thérapeutique endodontique

Fait à Paris, le 23 octobre 2013.

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

*Le directeur général,*  
F. VAN ROEKEGHEM

Au titre des spécialistes :

*Le président de la Confédération  
des syndicats médicaux français,*  
DR M. CHASSANG

*Le président du Syndicat  
des médecins libéraux,*

DR R. RUA

*Le président de la Fédération  
des médecins de France,*

DR J.-P. HAMON

Au titre des généralistes :

*Le président de la Confédération  
des syndicats médicaux français,*

DR M. CHASSANG

*Le président du Syndicat  
des médecins libéraux,*  
DR R. RUA

*Le président de MG France,  
Fédération française  
des médecins généralistes,*  
DR C. LEICHER

*Le président de la Fédération  
des médecins de France,*  
DR J.-P. HAMON