

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Décision du 25 septembre 2013 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie

NOR : AFSU1300203S

Le collège des directeurs,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-1-7 et R. 162-52 ;

Vu les avis de la Haute Autorité de santé en date du 10 février 2012 et du 4 septembre 2013 ;

Vu les avis de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie en date du 9 septembre 2013,

Décide :

De modifier les livres II et III de la liste des actes et prestations adoptée par décision de l'UNCAM du 11 mars 2005 modifiée, comme suit :

Art. 1^{er}. – Le livre II est ainsi modifié :

I. – A la subdivision 04.01.03.01 « Echographie du cœur et des vaisseaux intrathoraciques (Echocardiographie) », la note de facturation de l'acte suivant est ainsi modifiée :

CODE	TEXTE	ACTIVITÉ	PHASE
DZQM006 (F, P, S, U)	<p>Echographie-doppler transthoracique du cœur et des vaisseaux intrathoraciques</p> <p>Avec ou sans : épreuve pharmacodynamique</p> <p>Facturation : la réalisation de l'électrocardiographie sur au moins 12 dérivations (DEQP003) ne peut pas être facturée en sus de l'échographie du cœur et des vaisseaux intrathoraciques à l'exception de sa réalisation lors des bilans pour traitement par médicament cardiotoxique, conformément aux modalités de suivi cardiologique définies dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP) émis par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé</p> <p>Rapport HAS : « Echocardiographie doppler transthoracique : principales indications et conditions de réalisation » – mai 2012</p> <p>(DAQM900, DZQJ900)</p>	1	0

II. – La subdivision 04.01.04.15 « Angiographies de l'œil » est supprimée. En conséquence, la subdivision 04.01.04.16 « Autres angiographies » est renumérotée 04.01.04.15 « Autres angiographies ».

III. – A la subdivision 04.03.11.08 « Pose d'endoprothèse dans l'aorte abdominale et l'artère iliaque commune », la note en tête de la subdivision est remplacée par la note suivante :

« Par anévrisme complexe de l'aorte abdominale on entend : anévrisme de l'aorte intéressant les artères viscérales : tronc cœliaque, mésentérique, rénale, caractérisé par l'absence de collet individualisable ou avec un collet anévrisimal de moins de 15 mm de longueur. »

IV. – A la subdivision 19.03.01 « Urgence », les libellés des modificateurs P et S ainsi que la note d'exclusion du modificateur U sont remplacés par les dispositions suivantes :

CODE	TEXTE
U	Acte réalisé en urgence par les médecins, la nuit entre 20 heures et 8 heures A l'exclusion de : acte réalisé par le pédiatre ou par le médecin généraliste ou acte thérapeutique réalisé en urgence sous anesthésie générale ou locorégionale par les autres médecins, de 00 heure à 8 heures
P	Acte réalisé en urgence par les pédiatres et médecins généralistes, de 20 heures à 0 heure
S	Acte réalisé en urgence par les pédiatres et les médecins généralistes ou acte thérapeutique réalisé en urgence sous anesthésie générale ou locorégionale par les autres médecins, la nuit de 0 heure à 8 heures

V. – Aux subdivisions suivantes, les notes des actes suivants sont ainsi modifiées :

CODE	TEXTE	ACTIVITÉ	PHASE
07.01.04 07.01.04.01	Radiographie de l'appareil digestif Radiographie de la bouche		
HBQH005 [E, Z]	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire selon 1 ou 2 incidences Facturation : ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d'implant intrabuccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique : - d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires	1	0
HBQH004 [E, Z]	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire selon 3 à 5 incidences Facturation : ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d'implant intrabuccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique : - d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires	1	0
HBQH002 [E, Z]	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire selon 6 à 8 incidences Facturation : ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d'implant intrabuccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique : - d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires	1	0
HBQH001 [E, Z]	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire selon 9 à 11 incidences Facturation : ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d'implant intrabuccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique : - d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires	1	0
HBQH003 [E, Z]	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire selon 12 incidences ou plus Facturation : ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d'implant intrabuccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique : - d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires	1	0
HBQK002 [E, F, P, S, U, Z]	Radiographie panoramique dentomaxillaire Facturation : ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d'implant intrabuccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique : - d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires	1	0

CODE	TEXTE	ACTIVITÉ	PHASE
HBQK001 [E, Z]	Radiographie pelvibuccale [occlusale] Facturation : ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d'implant intrabuccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique : - d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires	1	0
11.01.03	Radiographie de la tête		
LAQK027 [E, F, P, U, Z]	Radiographie volumique par faisceau conique [cone beam computerized tomography], [CBCT] du maxillaire, de la mandibule et/ou d'arcade dentaire Indication : évaluation diagnostique et/ou préopératoire : - d'atypie anatomique en endodontie - de pathologie maxillo-mandibulaire et/ou dento-alvéolaire - de pathologie osseuse de l'articulation temporomandibulaire dans les situations où les informations indispensables n'ont pas été apportées par l'examen clinique et la radiographie Environnement : respect d'un programme d'assurance qualité incluant des procédures de contrôle de l'équipement, de la réalisation et de la qualité des examens Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale Facturation : ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d'implant intrabuccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique : - d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires	1	0
11.01.04	Scanographie de la tête		
LAQK013 [E, F, P, S, U, Z]	Scanographie de la face Dentascanner Facturation : la scanographie de la face pour bilan implantaire ne peut pas être facturée en dehors du bilan implantaire pour : - les agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - les séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires (ZZLP025, ZZQP004, YYYY600)	1	0
01.05.01.02	Actes thérapeutiques sur le nerf trijumeau [V] et ses branches		
ADCA004 [A, F, J, K, P, S, U, 7]	Déroutement du nerf alvéolaire inférieur [dentaire inférieur], par abord intrabuccal Indication : - douleur chez la personne édentée - chirurgie orthognatique, agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare chez l'adulte - traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires anesthésie (GELE001)	1 4	0 0
06.02.03.01	Actes thérapeutiques sur le sinus maxillaire		
GBBA002	Comblement préimplantaire sousmuqueux du sinus maxillaire anesthésie (PAFA010) Facturation : - prise en charge dans le cadre du traitement, chez l'adulte, des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires	1 4	0 0
11.02.03.05	Ostéotomie maxillaire		
LBPA027	Ostéotomie maxillaire totale basse préimplantaire ou préprothétique avec interposition, par abord intrabuccal	1	0

CODE	TEXTE	ACTIVITÉ	PHASE
[A, J, K, 7]	Facturation : l'ostéotomie préimplantaire n'est facturable que dans le cadre du traitement : - chez l'adulte, des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires anesthésie (GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010)	4	0
11.02.04.04	Ostéotomie de la mandibule		
LBP034 [A, J, K, 7]	Ostéotomie segmentaire antérieure préimplantaire ou préprothétique de la mandibule avec interposition, par abord intrabuccal Facturation : l'ostéotomie préimplantaire n'est facturable que dans le cadre du traitement : - chez l'adulte, des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires anesthésie (GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010, YYYY188)	1 4	0 0
11.02.05.02	Pose d'implant osseux sur le crâne et la face		
LBLD015	Pose d'un implant intraosseux intrabuccal Facturation : seule l'anesthésie pour pose d'un implant intraosseux intrabuccal est prise en charge dans le cadre : - des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires (ZZLP025)	1	0
LBLD010	Pose de 2 implants intraosseux intrabuccaux Facturation : seule l'anesthésie pour pose de 2 implants intraosseux intrabuccaux est prise en charge dans le cadre : - des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires (ZZLP025)	1	0
LBLD013	Pose de 3 implants intraosseux intrabuccaux Facturation : seule l'anesthésie pour pose de 3 implants intraosseux intrabuccaux est prise en charge dans le cadre : - des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires (ZZLP025)	1	0
LBLD004	Pose de 4 implants intraosseux intrabuccaux Facturation : seule l'anesthésie pour pose de 4 implants intraosseux intrabuccaux est prise en charge dans le cadre : - des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires (ZZLP025)	1	0
LBLD020	Pose de 5 implants intraosseux intrabuccaux Facturation : seule l'anesthésie pour pose 5 implants intraosseux intrabuccaux est prise en charge dans le cadre : - des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires (ZZLP025)	1	0
LBLD025	Pose de 6 implants intraosseux intrabuccaux Facturation : seule l'anesthésie pour pose de 6 implants intraosseux intrabuccaux est prise en charge dans le cadre : - des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires (ZZLP025)	1	0

CODE	TEXTE	ACTIVITÉ	PHASE
11.02.05.03	Dégagement et activation d'implant osseux du crâne et de la face		
LAPB002	Dégagement et activation d'un implant intraosseux Mise en place d'un moignon transmuqueux ou transcutané Facturation : seule l'anesthésie pour pose d'un implant intraosseux intrabuccal est prise en charge dans le cadre : - des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires (ZZLP025)	1	0
LAPB004	Dégagement et activation de 2 implants intraosseux Mise en place de 2 moignons transmuqueux et/ou transcutanés Facturation : seule l'anesthésie pour pose de 2 implants intraosseux intrabuccaux est prise en charge dans le cadre : - des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires (ZZLP025)	1	0
LAPB003	Dégagement et activation de 3 implants intraosseux Mise en place de 3 moignons transmuqueux et/ou transcutanés Facturation : seule l'anesthésie pour pose de 3 implants intraosseux intrabuccaux est prise en charge dans le cadre : - des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires (ZZLP025)	1	0
LAPB001	Dégagement et activation de 4 implants intraosseux Mise en place de 4 moignons transmuqueux et/ou transcutanés Facturation : seule l'anesthésie pour pose de 4 implants intraosseux intrabuccaux est prise en charge dans le cadre : - des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires (ZZLP025)	1	0
LAPB005	Dégagement et activation de 5 implants intraosseux Mise en place de 5 moignons transmuqueux et/ou transcutanés Facturation : seule l'anesthésie pour pose de 5 implants intraosseux intrabuccaux est prise en charge dans le cadre : - des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires (ZZLP025)	1	0
LAPB006	Dégagement et activation de 6 implants intraosseux Mise en place de 6 moignons transmuqueux et/ou transcutanés Facturation : seule l'anesthésie pour pose de 6 implants intraosseux intrabuccaux est prise en charge dans le cadre : - des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires (ZZLP025)	1	0
11.02.05.04	Ablation de matériel osseux sur le crâne et la face		
LPGA004	Ablation d'un implant intraosseux intrabuccal avec résection osseuse Facturation : seule l'anesthésie pour pose d'un implant intraosseux intrabuccal est prise en charge dans le cadre : - des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires (ZZLP025)	1	0
LPGA003	Ablation de 2 implants intraosseux intrabuccaux ou d'un implant-lame avec résection osseuse Facturation : seule l'anesthésie pour pose de 2 implants intraosseux intrabuccaux est prise en charge dans le cadre : - des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires	1	0

CODE	TEXTE	ACTIVITÉ	PHASE
	(ZZLP025)		
LPGA002	Ablation de 3 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse anesthésie	1	0
		4	0
Facturation : seule l'anesthésie pour pose de 3 implants intraosseux intrabuccaux est prise en charge dans le cadre : - des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires			
LPGA006	Ablation de 4 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse anesthésie	1	0
		4	0
Facturation : seule l'anesthésie pour pose de 4 implants intraosseux intrabuccaux est prise en charge dans le cadre : - des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires			
LPGA007	Ablation de 5 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse anesthésie	1	0
		4	0
Facturation : seule l'anesthésie pour pose de 5 implants intraosseux intrabuccaux est prise en charge dans le cadre : - des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires			
LPGA008	Ablation de 6 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse anesthésie	1	0
		4	0
Facturation : seule l'anesthésie pour pose de 6 implants intraosseux intrabuccaux est prise en charge dans le cadre : - des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires			

Art. 2. – Le livre III est ainsi modifié :

I. – A l'article III-2, les deuxième et troisième alinéas sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Acte réalisé en urgence par les médecins la nuit entre 20 heures et 8 heures ; le code est U. Acte réalisé en urgence par les pédiatres et médecins généralistes de 20 heures à 00 heure ; le code est P.

« Acte réalisé en urgence par les pédiatres et les médecins généralistes ou acte thérapeutique réalisé en urgence sous anesthésie générale ou locorégionale par les autres médecins, la nuit de 00 heure à 8 heures ; le code est S. »

II. – A l'article III-3-A, paragraphe 5, les mots : « pour les dermatologues » sont supprimés.

III. – A l'article III-4-I, l'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux est modifié comme suit pour les médecins :

1° A la première partie, article 2 *bis* « Majoration forfaitaire transitoire pour la consultation au cabinet du médecin spécialiste » :

Les mots suivants :

« – des alinéas *c* et *d* de l'article 4-3 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie approuvée par arrêté du 3 février 2005 » ;

« – avec la facturation du dépassement (DE) mentionné au *a* de l'article 4-3 de l'arrêté du 3 février 2005 suscité » ;

Sont respectivement remplacés par :

« – des articles 35-1 et 35-2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 » ;

« – avec la facturation du dépassement (DE) au sens de l'article 42.1 de l'arrêté du 22 septembre 2011 suscité ».

2° A la première partie, article 15-3 « Majoration pour les consultations de prescription de certains types d'appareillages de première mise par les médecins spécialistes ou qualifiés en médecine physique et réadaptation » :

Le paragraphe suivant :

« Elle n'est donc pas cumulable avec le *DA* mentionné au *b* de l'article 4.3 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, approuvée par arrêté du 3 février 2005. Elle est en revanche cumulable, le cas échéant, avec la *MCS* mentionnée à l'article 7.2 du même arrêté et avec la majoration forfaitaire transitoire *MPC* (article 2 *bis*). »

Est remplacé par :

« Elle n'est donc pas cumulable avec le *DA* mentionné à l'article 42.2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011. Elle est en revanche cumulable, le cas échéant, avec la majoration de coordination mentionnée à l'article 13.2 de la convention susmentionnée et avec la majoration forfaitaire transitoire *MPC* (article 2 *bis*). »

3° A la première partie, article 18-B « Avis ponctuel de consultant dans le cadre du parcours de soins », paragraphe « Principes » :

a) Au huitième alinéa, les mots : « pour les dermatologues » sont supprimés ;

b) Au dixième alinéa, les mots : « par semestre » sont remplacés par les mots : « tous les 4 mois ».

4° A la deuxième partie, titre XV, chapitre IV « Cures thermales », article 2 « Honoraires de surveillance médicale », sont ajoutées les dispositions suivantes :

« Ce forfait comporte la réalisation d'au moins trois consultations pour la surveillance thermique et la rédaction, à l'issue de la cure, d'un document destiné au médecin prescripteur. Ce document retraçant l'évolution de la cure est tenu à la disposition du patient et du service médical, à sa demande.

Cette fiche de liaison du médecin thermal au médecin prescripteur de la cure comporte les principaux éléments suivants :

- identification du médecin thermal, de l'établissement thermal, du médecin prescripteur et du curiste ;
- dénomination du traitement thermal : 1^{re} et 2^e orientations thérapeutiques ;
- déroulement de la cure : pratiques médicales complémentaires, éventuels problèmes survenus durant la cure, traitements non thermaux prescrits ;
- conclusion de fin de cure : proposition diagnostique et thérapeutique. »

IV. – A l'article III-4-V, l'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux est modifié comme suit pour les médecins et les chirurgiens-dentistes :

A la deuxième partie, au titre III, chapitre VII, après la section V, il est créé une section VI ainsi rédigée :

« Section VI

« Traitement implanto-prothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires

« Article 1^{er}

« Conditions de prise en charge par l'assurance maladie chez l'adulte

« Traitement implanto-prothétique des séquelles d'une tumeur buccale ou des maxillaires, avec pose de 4 implants maximum au maxillaire et 2 implants maximum à la mandibule.

« La prise en charge est limitée aux cas où la rétention et la stabilisation d'une prothèse adjointe ne peuvent être assurées que par la pose d'implants intraosseux intrabuccaux.

« La prescription d'une telle réhabilitation prothétique nécessite une réunion de concertation pluridisciplinaire associant le chirurgien maxillo-facial, l'oncologue, le radiothérapeute et le stomatologue ou le chirurgien-dentiste.

« Article 2

« Etape préimplantaire

DÉSIGNATION DE L'ACTE	COEFFICIENT	LETTRE CLÉ
Enregistrement des rapports maxillo-mandibulaires en vue de la programmation d'un articulatoire	17	D ou K
Simulation des objectifs thérapeutiques sur moulages des arcades dentaires et/ou sur logiciel	51	D ou K
Pose d'une plaque base résine pour guide radiologique préimplantaire dentaire pour une arcade	73	D ou K

DÉSIGNATION DE L'ACTE	COEFFICIENT	LETTRE CLÉ
Pose d'une plaque base résine pour guide radiologique préimplantaire dentaire pour deux arcades	138	D ou K
Pose d'une plaque base résine pour guide chirurgical préimplantaire dentaire pour une arcade	49	D ou K
Pose d'une plaque base résine pour guide chirurgical préimplantaire dentaire pour deux arcades	91	D ou K
Transformation d'un guide radiologique préimplantaire en guide chirurgical	16	D ou K

« Article 3

« Aménagement du site implantaire

DÉSIGNATION DE L'ACTE	COEFFICIENT	LETTRE CLÉ
Greffe épithélio-conjonctive ou conjonctive sur la gencive sur un secteur de 1 à 3 dents	38	DC ou KC
Greffe épithélio-conjonctive ou conjonctive sur la gencive sur un sextant	45	DC ou KC
Ostéoplastie additive de l'arcade alvéolaire sur un secteur de 1 à 3 dents	41	DC ou KC
Ostéoplastie additive de l'arcade alvéolaire sur un secteur de 4 à 6 dents	129	DC ou KC
Ostéoplastie additive de l'arcade alvéolaire sur un secteur de 7 dents ou plus	143	DC ou KC
Plastie muco-gingivale par lambeau déplacé latéralement, coronairement ou apicalement	36	DC ou KC
Comblement préimplantaire sous-muqueux du sinus maxillaire	115	DC ou KC

« Le recours à l'anesthésie générale peut être nécessaire ; dans ce cas, le code des actes d'anesthésie figure dans la Classification commune des actes médicaux.

« Article 4

« Etape implantaire

DÉSIGNATION DE L'ACTE	COEFFICIENT	LETTRE CLÉ
Pose d'implant préprothétique intraosseux intrabuccal : – le premier implant 210 DC ou KC – chacun des suivants avec un maximum de 4 au maxillaire et 2 à la mandibule	202 174	DC ou KC DC ou KC
Dégagement et activation d'implant préprothétique intraosseux intrabuccal : – le premier implant 45 DC ou KC – chacun des suivants avec un maximum de 4 au maxillaire et 2 à la mandibule 33 DC ou KC	42 32	DC ou KC DC ou KC
En cas de pose d'implant avec dégagement et activation au cours de la même séance, la cotation du dégagement et de l'activation sera réduite de 50 %.		
Pose de moyen de liaison sur implants intrabuccaux : – le premier moyen de liaison unitaire sur implant au cours de la même séance de pose de moyen de liaison 77 DC ou KC	77	DC ou KC

DÉSIGNATION DE L'ACTE	COEFFICIENT	LETTRE CLÉ
- chacun des suivants au cours de la même séance de pose de moyen de liaison avec un maximum de 4 au maxillaire et 2 à la mandibule	71	DC ou KC
Pose de moyen de liaison entre implants intra-buccaux : - Barre de jonction entre deux implants - Barre de jonction entre 3 implants ou plus	46 69	DC ou KC DC ou KC
Révision des piliers implantoportés d'une prothèse dentaire	9	DC ou KC
Ablation d'un implant préprothétique intraosseux intrabuccal avec résection osseuse : - le premier implant au cours de la même séance d'ablation d'implants - chacun des suivants au cours de la même séance d'ablation d'implants	34 7	DC ou KC DC ou KC

« Le recours à l'anesthésie générale peut être nécessaire ; dans ce cas, le code des actes d'anesthésie figure dans la Classification commune des actes médicaux.

« Article 5

« Etape prothétique

DÉSIGNATION DE L'ACTE	COEFFICIENT	LETTRE CLÉ
Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à plaque base résine comportant moins de 9 dents	50	SPR ou PRO
Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à plaque base résine comportant de 9 à 13 dents	70	SPR ou PRO
Pose d'une prothèse amovible complète unimaxillaire supra-implantaire à plaque base résine	85	SPR ou PRO
Pose d'une prothèse amovible complète bimaxillaire supra-implantaire à plaque base résine	170	SPR ou PRO
Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à châssis métallique comportant moins de 9 dents	110	SPR ou PRO
Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à châssis métallique comportant de 9 à 13 dents	130	SPR ou PRO
Pose d'une prothèse amovible complète unimaxillaire supra-implantaire à châssis métallique	145	SPR ou PRO
Pose d'une prothèse amovible complète bimaxillaire supra-implantaire à châssis métallique	290	SPR ou PRO
Changement de dispositif d'attachement d'une prothèse dentaire amovible supra-implantaire	15	SPR ou PRO

V. – A l'annexe 1 de la liste des actes et prestations, les libellés des modificateurs suivants sont ainsi modifiés :

CODE	TEXTE
P	Acte réalisé en urgence par les pédiatres et médecins généralistes de 20 heures à 0 heure
S	Acte réalisé en urgence par les pédiatres et les médecins généralistes ou acte thérapeutique réalisé en urgence sous anesthésie générale ou locorégionale par les autres médecins, la nuit de 0 heure à 8 heures

VI. – A l'annexe 2 de la liste des actes et prestations, au paragraphe 2 « Dérogations », e, les mots : « 75 % » sont remplacés par les mots : « 85 % ».

VII. – A l'annexe 3 de la liste des actes et prestations, au paragraphe 3 « Tomographes à émission de positons (TEP) », le dernier alinéa :

« Lorsque l'installation de l'appareil a lieu en cours d'année (nouvelle implantation ou renouvellement), le décompte des forfaits techniques débute lors du premier acte pris en charge effectué sur l'appareil et s'achève au 31 décembre de l'année d'installation. Au-delà de l'activité de référence, le forfait réduit doit être appliqué, que l'appareil soit ou non amorti. »

Est remplacé par les dispositions suivantes :

« Lorsque la mise en service effective (conformément à l'article D. 6122-38 du code de la santé publique, la date effective de mise en service ne doit pas être antérieure au jour suivant l'envoi par le titulaire de l'autorisation de la déclaration prévue à l'article R. 6122-37 du code de la santé publique au directeur général de l'agence régionale de santé) de l'appareil a lieu en cours d'année (nouvelle implantation ou renouvellement), le décompte des forfaits techniques débute lors du premier acte pris en charge effectué sur l'appareil et s'achève au 31 décembre de l'année d'installation. Au-delà de l'activité de référence, le forfait réduit doit être appliqué, que l'appareil soit ou non amorti. »

Art. 3. – La présente décision prend effet à compter du trentième jour suivant la date de sa publication au *Journal officiel*, à l'exception des dispositions prévues à l'article 2-III (4^o) qui entrent en vigueur le 8 décembre 2013.

Fait le 25 septembre 2013.

Le collège des directeurs :

*Le directeur général de l'Union nationale
des caisses d'assurance maladie,*

F. VAN ROEKEGHEM

*Le directeur général de la Caisse centrale
de la mutualité sociale agricole,*

M. BRAULT

*Le directeur général de la Caisse nationale
du régime social des indépendants,*

S. SEILLER