

NOMENCLATURE :

Bien la connaître et Son utilisation...

Dr Gérard MOTTO

Version Octobre 2023



Nomenclature en ODF/Orthodontie

3 Lettres clé

Chirurgiens Dentistes

CS

Z

TO

**Consultation
Spécialisée**

**Actes
Radiographiques**

Actes d'ODF

Médecins

CS

Z

ORT

Nomenclature en ODF/Orthodontie

Notre exercice est normalement régi par les seules dispositions de la NGAP

Décisions UNCAM du 11/03/2005 Article III-1 du livre III

MAIS...La Cour de Cassation considère que :

« sont remboursables par l'assurance maladie les actes pratiqués par un chirurgien-dentiste spécialiste qualifié en orthopédie dento-faciale, dès lors que ces actes sont accomplis pour les nécessités du traitement relevant de sa spécialité ».

Rappels

- ◆ **Cotation des actes : Lettre clé puis coefficient (ex : TO 90) **en cas de cotation égale indiquer l'acte** (TO 5 : surveillance ou analyse céphalo, Z15 : panoramique, téléradio ou radio âge osseux...)**
- ◆ **Notre exercice de Spécialiste est normalement limité aux actes d'ODF**
- ◆ **Seuls peuvent être pris en charge et remboursés par les caisses d'Assurance Maladie :**
 - ◆ **Les actes prévus à la NGAP et donc maintenant certains actes inscrit à la CCAM en rapport direct avec les traitements d'Orthodontie (**Voir en fin de présentation**)**
 - ◆ **Les actes effectués personnellement par le praticien**
- ◆ **Actes en TO : sont soumis à AP, exceptés les examens (TO15+5)**
- ◆ **Actes en CCAM : non soumis à AP**

AP : Cas particulier de l'ODF

- ◆ **La demande d'AP doit être transmise aux caisses d'AM **par le praticien** (NGAP dispositions générales article 7-B)**
- ◆ **L'absence de réponse de la caisse à la demande d'AP (refus motivé) dans les 15 jours vaut avis d'accord**
- ◆ **Contrairement aux autres spécialités, ni le malade, ni le praticien, ne reçoivent de réponse positive**
- ◆ **Le délai de 15 jours court à la date de réception de la demande d'AP par les caisses (et non de la date d'envoi !)**

CS: Consultation spécialisée

Contenu

- ◆ Interrogatoire du malade
- ◆ Examen clinique
- ◆ Actes de diagnostics courants (propres à chaque spécialité)
- ◆ Informations et explications sur l'Orthodontie

Cotation

- ◆ CS 23 € OPPOSABLE

Attention : ne peut pas être cotée si un acte « technique » est coté en même temps

Aucune restriction d'âge du patient examiné : enfants et adultes

CS: Consultation spécialisée

Ne pas abuser de la CS

- CS ne peut être cotée qu'une fois/patient/praticien **avant** la demande d'AP
- Concrètement cotez 1 CS à la première consultation ensuite si traitement → plus de CS (Adulte ou enfant) jusqu'à plusieurs mois après la fin de la contention
- Si pas de traitement → nouveau CS possible si le patient revient au moins un an après

Délai entre la CS et les examens

- Conseil : 20 jours minimum « dispositions générales de la NGAP article 9 page 13 » et « délai de réflexion »

ACTES d'ORTHODONTIE EN TO

UNCAM du 17/12 /2013 J.O. du 8/02/2014

- **Responsabilité de l'Assurance Maladie (prise en charge)
Limitée aux traitements commencés avant le 16^{ème} anniversaire
(sauf cas Orthodontico-chirurgical)**

Demande d'AP

- **Nécessaire pour tout nouveau traitement**
- **Valable un an**
- **Caducue si le traitement n'est pas commencé dans les 6 mois après accord**

ACTES d'ORTHODONTIE EN TO

La demande d'AP est nécessaire également pour :

- **changement de praticien**
- **changement de plan de traitement**



Nouvelle DAP

- **Doit comporter : un diagnostic , un plan de traitement concernant les dysmorphoses corrigibles et la durée probable du traitement**
 - **Doit être adressée au Contrôle médical par le praticien (NGAP !)**
 - **Aucun acte en TO n'est opposable (sauf pour les CSS et AME : voir plus loin)**
- Mais ATTENTION : notion de tact et mesure**
- Attention : les actes remboursables en CCAM utilisés par nous le sont**

DEMANDE D'AP

Début et Renouvellement

- ◆ **1^{ère} DEMANDE : Mettre 1^{ère} Année et TO 90 X 2**
- ◆ **RENOUVELLEMENT : Mettre les N° de Semestre (3^{ème} + 4^{ème}) et TO 90 X 2**
- ◆ **RENOUVELLEMENT : Au minimum à la date anniversaire du début de Traitement (indépendant du règlement !)**
- ◆ **Demandes de SURVEILLANCE : Après un Semestre effectué , ou au moins un Trimestre**

DEMANDES d'AP

EXEMPLE

CAB COM. Z. ISD IK SPEC

NOM et PRENOM DU PATIENT (à remplir par le praticien selon les indications de l'intéressé(e)) **AS**

Date de naissance 31/10/2004 **N° immatriculation de l'assuré(e)** _____

(1) Mettre une croix dans la case concernée

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (1)
TRAITEMENT D'ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Début de traitement Surveillance

~~Suite~~ - semestre n° 1+2 Autres lesquels _____

Contention - année n° _____

DIAGNOSTIC (uniquement lors d'une 1ère demande ou d'une réévaluation)

Anomalie(s) basale(s) :

	Maxillaire		Mandibulaire		Maxillaire		Mandibulaire	
Sens sagittal	<input checked="" type="checkbox"/> Pro	<input type="checkbox"/> Retro	<input type="checkbox"/> Pro	<input type="checkbox"/> Retro	<input checked="" type="checkbox"/> Pro	<input type="checkbox"/> Retro	<input type="checkbox"/> Pro	<input type="checkbox"/> Retro
Sens transversal	<input type="checkbox"/> Endo	<input type="checkbox"/> Exo	<input type="checkbox"/> Endo	<input type="checkbox"/> Exo	<input checked="" type="checkbox"/> Endo	<input type="checkbox"/> Exo	<input type="checkbox"/> Endo	<input type="checkbox"/> Exo
Sens vertical	<input type="checkbox"/> Hypodivergence	<input checked="" type="checkbox"/> Hyperdivergence	<input checked="" type="checkbox"/> Supraclusion	<input type="checkbox"/> Infraclusion				

Classe dentaire molaire Cl.I Cl.II Cl.III _____

Classe dentaire canine Cl.I Cl.II Cl.III _____

Dysharmonie dento-maxillaire **Dysharmonie dento-dentaire**

Agénésie(s) 38 Dent(s) incl. ou Sursum. 13 Malposition(s) _____

Occlusion inversée Droite Gauche Antérieure

Facteur(s) fonctionnel(s) _____

PLAN DE TRAITEMENT (Y COMPRIS LES MOYENS THERAPEUTIQUES PREVUS) (uniquement lors d'une 1ère demande ou d'une réévaluation)

Traitement de la classe II1 DDM Supraclusion incisives Endoalvéolie maxillaire et articulé inversé hémi arcade droite
Multiattache complet avec extraction des 14 et 24 Mise en place de la 13 incluse

COMMENTAIRES

dégagement de la 13 et freinectomie médiane supérieure
germectomie de la 48 à prévoir plus tard 24 mois plus ou moins 6 mois

Signature du Chirurgien Dentiste _____ DATE : 25/09/2017

DEMANDES d'AP EXEMPLE

27000 EVREUX
=> 27 4 00508 1 00 1 20 1 36

CAR. COM. Z. 150 IN SPEC

PARTIE RESERVEE AU CHIRURGIEN DENTISTE

Références Nationales Opposables

R.

Date de la proposition

Date de début effectif du traitement

Cotation des actes

Un devis a-t-il été remis à l'assuré : OUI

DEMANDES d'AP

Renouvellement

NOM et PRENOM DU PATIENT

(à remplir par le praticien selon les indications de l'intéressé(e))

Date de naissance

31/10/2004

AS

N° immatriculation de l'assuré(e)

(1) Mettre une croix dans la case concernée

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (1)
TRAITEMENT D'ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

- Début de traitement
- Surveillance

- Suite - semestre n° 3 + 4
- Contention - année n°

- Autres lesquels

DIAGNOSTIC (uniquement lors d'une 1ère demande ou d'une réévaluation)

Anomalie(s) basale(s) :

- | | | | | |
|------------------|---|--------------------------------|--|--------------------------------|
| | Maxillaire | | Mandibulaire | |
| Sens sagittal | <input type="checkbox"/> Pro | <input type="checkbox"/> Retro | <input type="checkbox"/> Pro | <input type="checkbox"/> Retro |
| Sens transversal | <input type="checkbox"/> Endo | <input type="checkbox"/> Exo | <input type="checkbox"/> Endo | <input type="checkbox"/> Exo |
| Sens vertical | <input type="checkbox"/> Hypodivergence | | <input type="checkbox"/> Hyperdivergence | |

Anomalie(s) alvéolaire(s) :

- | | | | | |
|--|---------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|
| | Maxillaire | | Mandibulaire | |
| | <input type="checkbox"/> Pro | <input type="checkbox"/> Retro | <input type="checkbox"/> Pro | <input type="checkbox"/> Retro |
| | <input type="checkbox"/> Endo | <input type="checkbox"/> Exo | <input type="checkbox"/> Endo | <input type="checkbox"/> Exo |
| | <input type="checkbox"/> Supraclusion | | <input type="checkbox"/> Infraclusion | |

Classe dentaire molaire Cl.I Cl.II Cl.III

Classe dentaire canine Cl.I Cl.II Cl.III

Dysharmonie dento-maxillaire

Dysharmonie dento-dentaire

Agénésie(s) _____ Dent(s) incl. ou Surnum. _____ Malposition(s) _____

Occlusion inversée Droite Gauche Antérieure

Facteur(s) fonctionnel(s) _____

PLAN DE TRAITEMENT (Y COMPRIS LES MOYENS THERAPEUTIQUES PREVUS) (uniquement lors d'une 1ère demande ou d'une réévaluation)

COMMENTAIRES

Mise sur l'arcade de la 13 puis recul incisif maxillaire et nivellement des arcades

Signature du Chirurgien Dentiste

DATE : 12/10/2018

DEMANDES d'AP Renouvellement

=> 27 4 00508 1 00 1 20 1 36

CAB. CONV. 2.150 IN SPEC

PARTIE RESERVEE AU CHIRURGIEN

Références Nationales Opposables

Date de la proposition

10/10/2018

Date de début effectif du traitement

10/10/2017

Cotation des actes

2 x TO90

Un devis a-t-il été remis à l'assuré :

OUI



LES EXAMENS

Tout ce qui est nécessaire à l'établissement du diagnostic et du plan de traitement

Prise d'empreintes : sans précision de méthode :

Alginate (empreintes physiques) ou empreintes optiques (numérisées)

Photographies (NPC)

Radiographies (cotées à part en Z)

Tous autres examens nécessaires

**Le tout est coté TO 15 et on y ajoute TO 5 pour l'analyse céphalométrique
(attention analyse ne signifie pas tracé !)**

LES EXAMENS

cotation

Rappel

TO 15 comprend :

Les examens

L'établissement du diagnostic

La formulation du plan de traitement avec sa durée

prévisible

Le tout matérialisé par la demande d'AP

Le traitement

- ◆ **Limité à 6 semestres**
- ◆ **Sauf traitement chirurgico-orthodontique adulte : 1 semestre**
- ◆ **Limité à 3 semestres en denture mixte, exceptionnellement 4 semestres après demande justifiée et accord du Chirurgien Dentiste Conseil**
- ◆ **Cotation TO 90 /semestre : Acte global**
 - ◆ Peut cependant être honoré, coté, et remboursé en deux fois : TO 45/trimestre échu
 - ◆ Seul le 1^{er} semestre est honoré TO 45 au début et TO 45 à la fin
 - ◆ **ATTENTION** Fractionner au « Prorata Temporis » si abandon ou départ n'est pas prévu dans la NGAP (sauf pour les Médecins !) **et n'est donc pas possible !**

Le traitement

- ◆ **Traitement ODF préalable à une chirurgie des maxillaires (Patient de + de 16 ans)**
 - ◆ **TO 90 non renouvelable et remboursable en une fois**
 - ◆ **Ce semestre Pré-Chirurgical est indépendant de tout traitement ODF et Praticien(s) antérieur (s)**
 - ◆ **Pas de limitation d'âge**
 - ◆ **Demande d'AP accompagnée obligatoirement d'une lettre du chirurgien maxillo-facial motivant l'intervention**

Le traitement

- ◆ **Disjonction inter maxillaire rapide**
 - ◆ Nécessite une demande d'AP motivée par un diagnostic ORL d'insuffisance respiratoire confirmée pour dysmorphose maxillaire
 - ◆ TO 180 en une fois, **acte global et non renouvelable**
 - ◆ Pas de notion de durée de cet acte
- ◆ **Traitement des malformations consécutives au bec de lièvre total ou division palatine**
 - ◆ TO 200/an acte global, **mais remboursable TO 100/semestre**
 - ◆ TO 60 en période d'attente de surveillance (sans précision de durée !)
 - ◆ Pas de limitation du nombre d'années

Taux de Remboursement (Régime Général)

Plus de 50 lettres clé :

- ◆ **Remboursables par les Caisses à 100 % du tarif de responsabilité des Caisses d'Assurance Maladie**
- ◆ **Semestre d'orthodontie TO 90**
- ◆ **1^{ère} année de contention TO 75**
- ◆ **Disjonction inter maxillaire rapide TO 180**
- ◆ **Orthopédie des malformations : (bec de lièvre ou divisions palatines TO 200 (traitement) ou TO 60 attente**

50 lettres clé ou moins :

- ◆ **Remboursables par les Caisses à 60 % du tarif de responsabilité de l'Assurance Maladie**
- ◆ **CS**
- ◆ **Examens TO 15+5**
- ◆ **Surveillance TO 5**
- ◆ **2^{ème} année de contention TO 50**
- ◆ **Actes de radiologie**

Ces notions doivent être indiquées au patient et mentionnées sur les devis

Contention



- **Acte soumis à AP**
- **Possible que si le traitement a donné des résultats positifs**
- **Doit être justifiée techniquement**
- **Nécessité d'appareillage passif**
- **Surveillance régulière**

Radiographies

◆ Cotation et prises en charge prévues à la NGAP

◆ **Panoramiques (OPT)** → **tous les patients**

◆ **Téléradios**
le traitement ODF est commencé



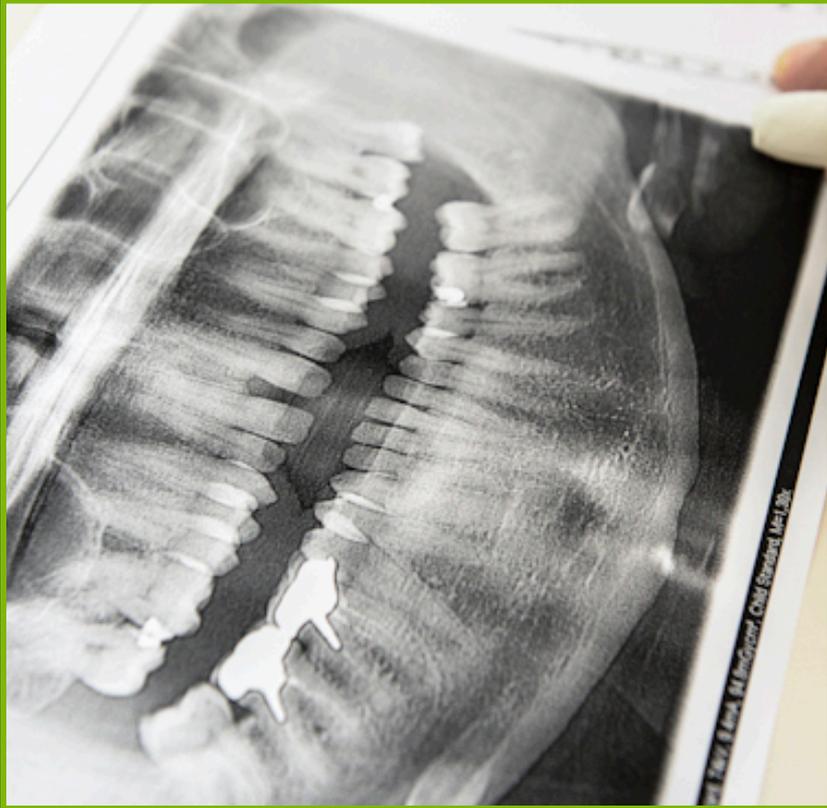
**Téléradios : Tous les patients pris en charge
Moins de 16 ans pour l'âge osseux**

◆ **Radiographie des ATM** → **tous les patients**

◆ **Examen tomographiques 3D** → **tous les patients**

◆ **Mais attention: indications restreintes et jamais en première intention**

Radiographies



- **Matérialisé par un document (argentique ou impression papier)**
Mentionnant date, nom du patient, du praticien, caractéristiques des RX
- **Avec nécessité d'un compte rendu écrit (exemple diapo suivante)**
- **Ne nécessitent pas d'AP**
- **Attention aux recommandations de la HAS : Indications justifiées et pas de multiplications inutiles**

RADIOGRAPHIE PANORAMIQUE pour diagnostic orthodontique

Stade dentaire

- Denture temporaire
- Denture mixte
- Denture adulte

Agénésies

- Oui
- Non

Dents surnuméraires

- Oui
- Non

Dents incluses

- Oui *A3-23*
- Non

Germes des troisièmes molaires

- Visibles
- Non visibles

Observations

- Dents extraites
- Caries *36-46*
- Dents dévitalisées

- Couronne(s)
- Bridge(s)
- Implant(s)



DOCTEUR GÉRARD MOTTO

Spécialiste Qualifié en orthopédie dento-faciale
Expert près de la Cour d'Appel de Rouen

**425 A, rue Clément Ader
27000 EVREUX**

Tél. 02 32 333 444
Fax 02 32 31 87 19
cabinetmotto@orange.fr

N°27400508100120136
RPPS N° 10000485077



Date :

Patient :

N° de Dossier :

RADIOGRAPHIE PANORAMIQUE DES MAXILLAIRES

Stade dentaire

- Denture temporaire
- Denture mixte
- Denture adulte

Agénésies

- oui
- non

Dents surnuméraires

- oui
- non

Dents incluses

- Oui :
- Non

Germes des troisièmes molaires

- Visibles
- Non visibles

Observations

- Dents extraites
- Caries
- Dents dévitalisées

- Couronne (s)
- Bridge(s)
- Implant(s)

TELERRADIOGRAPHIES

DE PROFIL EN OCCLUSION en vue d'une étude céphalométrique

DE FACE EN OCCLUSION en vue d'une étude céphalométrique

Observations

[Signature]
Signature du Praticien



Radiographies utilisées en Orthodontie

Cotations

◆ **Panoramique des maxillaires**

_____ Cotation
Z15

Aucun âge limite → tous patients

◆ **Examen pour le calcul de l'âge osseux**

◆ Cotation **Z15**

◆ Uniquement remboursable pour les traitements commencés avant 16 ans

◆ Quelque soit la méthode

◆ **Radiographie des ATM**

◆ Cotation **Z19** (pas de limite d'âge)

◆ **Téléradiographie de la tête**

Cotation 1 incidence (profil seul) **Z15**

Cotation 2 incidences (profil+face) **Z20**

Cotation au delà de 2 incidences → toujours **Z20**

Remboursable :

◆ Pour les traitements commencés avant le 16^{ème} anniversaire

◆ Pour les cas orthodontico-chirurgicaux

◆ **Examen Tomographique (3D)**

◆ 1^{er} plan de coupe **Z35**

◆ Plans suivants (tout) **+ Z25**

◆ **ATTENTION si pratiqués avec d'autres radiographies dans la même séance...Z15**

Recommandation pour les radiographies (HAS)

- ◆ **Avant un traitement d'Orthopédie Dento Faciale:**

- ◆ Radiographie panoramique nécessaire et obligatoire (analyse de tous les organes dentaires et osseux)

Téléradiographies si nécessaires (voir tableau suivant)

Autres radiographies nécessaires (Âge osseux, ATM ...)

- ◆ **Radiographies Panoramiques de contrôle :**

Les clichés panoramiques de contrôle doivent s'appuyer sur des nécessités thérapeutiques justifiables. Cependant un cliché annuel est conseillé pendant le traitement actif si risques, et le cliché terminal doit être réalisé avant la fin de la thérapeutique afin de permettre des finitions orthodontiques. Ensuite contrôles annuels si besoin (évolution dents de sagesse par exemple)

- ◆ **Téléradiographies de contrôle peuvent être réalisées :**

- ◆ A la fin d'un traitement fonctionnel pour évaluer la nouvelle inclinaison des incisives

- ◆ A la fin d'une préparation ortho-chirurgicale, avant chirurgie

- ◆ Après l'intervention de chirurgie maxillo-faciale

- ◆ Juste avant la fin d'un traitement orthodontique, notamment pour analyser la position des incisives ou des molaires.

Recommandations pour les téléradiographies initiales de profil et de face (HAS)

Analyse clinique : un traitement d'Orthodontie ou intervention chirurgicale maxillo-faciale sont ils nécessaire et y a t'il acceptation du patient de la proposition thérapeutique ?



Début traitement envisagé < 6 mois ?



Anomalie sagittale Antéro-postérieure ou verticale marquée?



Téléradiographie de profil



Anomalie Transversale Marquée ?



Téléradiographie de face



Pas de téléradiographie



Pas de téléradiographie



Pas de téléradiographie

CAS PARTICULIERS

Patients CSS

- ◆ **Tarifs imposés :**
 - ◆ 464 €/semestre maximum en Multi-attache (possible de fractionner en TO45)
 - ◆ 333€/semestre maximum en amovible (idem)
 - ◆ 381.12 €/semestre maximum traitement pré-chirurgical (en une fois)
 - ◆ Tarif de responsabilité des caisses pour tous les autres actes

- ◆ **Possibilité de dépassement si exigence particulière du patient : non spécifié dans les textes**
Donc, si un patient CSS a une exigence particulière non possible dans ce panier de soins il ne peut plus bénéficier de la CSS : Devis particulier et pas de demande d'AP !

- ◆ **Nécessité de faire deux devis signés par le patient (en cas de perte des droits CSS)**
 - ◆ 1 tarif CSS qu'il faut joindre obligatoirement, signé par le patient, à chaque demande d'AP
 - ◆ 1 tarif au normal mentionnant « si perte de la CSS » (reste au Cabinet)

CAS PARTICULIERS

Patients CSS

- ◆ **ATTENTION : SEULE EXCEPTION**
- ◆ Le TO 15 + 5 n'est pas prévu dans la grille de cotation des patients CSS
- ◆ En clair cela permet de facturer en honoraires libres, comme pour les patients non CSS
- ◆ Par contre il faut établir au préalable un devis conventionnel mentionnant les honoraires demandés, et le faire signer par l'assuré (parents généralement)
- ◆ La partie remboursée par la Caisse sera de 32,25 (TO 15) + 10,75 (TO 5) en tiers payant, le surplus réglé directement par les patients, et facturé en NPC

CSS : Acquits

- ◆ Pour les CSS : ne pas oublier de coter de la façon suivante / trimestre
- ◆ 1^{ère} ligne : TO 45 ...96,75 €
- ◆ 2^{ème} ligne : FDO 29 ...135,25 € (multiattache)
- ◆ Ou FDO 28 ...69,75 € (amovible)
- ◆ Sinon vous ne serez réglés que de 96,75 € par la Caisse !!!
- ◆ Codes page suivante (**Idem aux « ex CMU-C »**)

ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE - CMU-C

Nomenclature : Acte ou traitement	Cotation NGAP	Code de transposition	Tarifs de responsabilité	Honoraires maxima
Traitement des dysmorphoses, par période de 6 mois, dans la limite de 6 périodes sans multi attaches	TO90	FDO28	193,50	333
Traitement des dysmorphoses avec multi attaches	TO90	FDO29	193,50	464
Séance de surveillance (maxi 2 par semestre)	TO5	FDO31	10,75	10,75
Contention après trait. orthodontique, 1 ^{ère} année :	TO75	FDO32	161,25	161,25
2 ^{ème} année :	TO50	FDO33	107,50	107,50
Disjonction intermaxillaire rapide pour dysmorphose maxillaire en cas d'insuffisance respiratoire confirmée	TO180	FDO36	387	387
Orthopédie des malformations consécutives au bec de lièvre total ou à la division palatine :				
Forfait annuel, par année :	TO200	FDO34	430	430
En période d'attente :	TO60	FDO35	129	129
Traitement d'ODF avec multi attaches au-delà du 16 ^{ème} anniversaire, préalable à une intervention chirurgicale sur les maxillaires, pour une période de 6 mois non renouvelable	TO90	FDO37	193,50	381,12

Patients CSS

- ◆ **La partie tiers payant est à adresser à la Caisse d'Assurance Maladie qui nous règle directement**
- ◆ **En cas de doute sur les droits CSS :
Aller sur « Améli- Espace Pro », indiquer le N° SS ainsi que le nom du bénéficiaire : vous serez renseignés**

Prise en charge CSS

(Attention certaines Caisses n'appliquent pas ce schéma,
Région Grand-Est notamment)

- ◆ La situation des CSS prime lors de l'Accord Préalable : en clair si l'AP est donné sous le régime CSS, le règlement en fin de semestre est fait par la caisse au tarif CSS, même s'il n'est plus CSS à ce moment là ...!
- ◆ Si le patient devient CSS en cours de semestre, et qu'il soit au tarif « normal » lors de l'AP, l'acquit doit être effectué en CSS...!
- ◆ Pour éviter tout risque du fait des dispositions ci-dessus : **Facturez au trimestre (TO 45) ce qui minimise les problèmes !**

CAS PARTICULIERS

Patients AME

- ◆ **Obligation de pratiquer le tarif de responsabilité des Caisses ...MAIS**
 - ◆ **Dépassement possible si exigence particulière !**
 - ◆ **Donc, comme les CSS faire un devis en NPC « à la demande du patient »**
- ◆ **Rappel : Les « AME » sont des étrangers sans moyens, non régularisés et vivant en France...donc pas ou peu de moyens !**

LE DEVIS

- ◆ **Nécessaire pour tout acte supérieur à 70 € (Code Civil), **ou pour tout dépassement du tarif de remboursement****
- ◆ **Obligation de remettre au patient un devis conventionnel**
- ◆ **Conseillé :**
 - ◆ Remettre en plus un devis personnalisé du cabinet plus détaillé
 - ◆ Remettre un échéancier de règlement (acomptes possibles, mensualisation...)
 - ◆ Indiquer que les règlements sont forfaitaires (indépendants des RDV et des remboursements)

Devis Conventionnel Bilan

Identification du chirurgien-dentiste

N° Identifiant du praticien RPPS : 10000485077 N°Adeli : 274005081 ou
 N° de l'établissement (FINESS) :

Identification du patient

Nom et prénom : Date de naissance :
 N° de Sécurité sociale du patient :

Traitement proposé - Description précise et détaillée des actes

N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM,NGAP ou acte HN	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Panier (****)	Honoraires limites de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire(***)	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire
		TO15 + TO5	DOSSIER DIAGNOSTIC				150,00€	43,00€	30,10€	119,90€
TOTAL € (des actes envisagés)							€	€	€	€

Information alternative thérapeutique - en cas de reste à charge éventuel, une information sur des alternatives thérapeutiques 100% Santé ou à défaut, à entente directe modérée est donnée par le praticien. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle proposition de plan de traitement complet, dans un devis distinct.

Acte sans reste à charge

N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM,NGAP ou acte HN	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire(***)	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire	Réalisé par votre praticien

Acte en reste à charge modéré

N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM,NGAP ou acte HN	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire(***)	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire	Réalisé par votre praticien

Le patient ou son représentant légal reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement
 Date et signature du patient ou du (ou des) responsable(s) légal (légaux) :

Signature du chirurgien-dentiste :

Devis Conventionnel Traitement pris en charge

Identification du chirurgien-dentiste traitant

N° Identifiant du praticien RPP... 10000485077 N° Adeli : 274005081 ou
N° de l'établissement (FINESS) :

Identification du patient

Nom et prénom : _____ Date de naissance : _____
N° de Sécurité sociale du patient : _____

Page 2/2

Traitement proposé - Description précise et détaillée des actes

N° de traitement	N°Dent ou Localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HN	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Panier (***)	Honoraires limites de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement Assurance Maladie Obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire(***)	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire
		TO45	1er semestre 1/2				399,00 €	96,75 €	96,75 €	302,25 €
		TO45	1er semestre 2/2				399,00 €	96,75 €	96,75 €	302,25 €
		TO45	2 eme semestre 1/2				399,00 €	96,75 €	96,75 €	302,25 €
		TO45	2e semestre 2/2				399,00 €	96,75 €	96,75 €	302,25 €
TOTAL € (des actes envisagés)							1 596,00 €	387,00 €	387,00 €	1 209,00 €

Information alternative thérapeutique

- en cas de reste à charge éventuel, une information sur des alternatives thérapeutiques 100% Santé ou à défaut, à entente directe modérée est donnée par le praticien.
Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle proposition de plan de traitement complet, dans un devis distinct.

Acte sans reste à charge

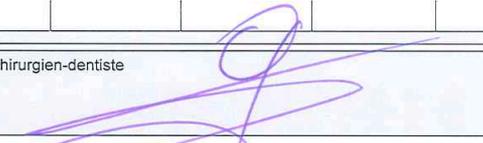
N° de traitement	N°Dent ou Localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HN	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Honoraires limites de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement Assurance Maladie Obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire(***)	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire	Réalisé par votre praticien

Acte en reste à charge modéré

N° de traitement	N°Dent ou Localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HN	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Honoraires limites de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement Assurance Maladie Obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire(***)	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire	Réalisé par votre praticien

Le patient ou son représentant légal reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement
Date et signature du patient ou du (ou des) responsable(s) légal (légaux)

Signature du Chirurgien-dentiste



Devis Conventionnel Adulte

Identification du chirurgien-dentiste

N° Identifiant du praticien RPPS : 10000485077 N°Adeli : 274005081 ou
N° de l'établissement (FINESS) :

Identification du patient

Nom et prénom : _____ Date de naissance : _____
N° de Sécurité sociale du patient : _____

Page 2/2

Traitement proposé - Description précise et détaillée des actes

N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HN	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Panier (****)	Honoraires limites de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire(***)	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire
		NPC*	1 ^{ER} SEMESTRE				1600.00 €			1600.00 €
		NPC*	2 ^{EME} SEMESTRE				1200.00 €			1200.00 €
		NPC*	3 ^{EME} SEMESTRE				1200.00 €			1200.00 €
TOTAL € (des actes envisagés)							4000.00 €	€	€	4000.00 €

Information alternative thérapeutique - en cas de reste à charge éventuel, une information sur des alternatives thérapeutiques 100% Santé ou à défaut, à entente directe modérée est donnée par le praticien. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle proposition de plan de traitement complet, dans un devis distinct.

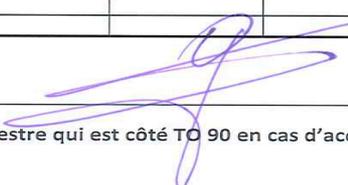
Acte sans reste à charge

N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HN	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire(***)	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire	Réalisé par votre praticien

Acte en reste à charge modéré

N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HN	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire(***)	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire	Réalisé par votre praticien

Le patient ou son représentant légal reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement
Date et signature du patient ou du (ou des) responsable(s) légal (légaux) :

Signature du chirurgien-dentiste : 

*NPC mais équivalent à un semestre qui est côté TO 90 en cas d'accord

CONSEILS

- ◆ **Garder les preuves des explications et conseils donnés**
 - « **consentement éclairé** » **Imprimé et signé (Lu et approuvé conseillé pour identification) Signature électronique possible.**
- ◆ **Garder la trace écrite de tous actes effectués**
- ◆ **Garder le maximum d'informations sur le traitement (moulages, photographies, radiographies)**
- ◆ **Remise des doubles des documents aux patients (qui en sont propriétaires dès le règlement effectué) :**
 - ◆ **faire signer un document attestant cette remise**

Pour exemples cotation CCAM

07.02.02.09

Dégagement de dent retenue ou incluse

HBPD002 [F,U]	Dégagement d'une dent retenue ou incluse avec pose d'un dispositif de traction orthodontique sans aménagement parodontal (ZZLP025, YYYY614)	1	0	104,5	104,5		1	ADC
HBPA001 [F,U]	Dégagement d'une dent retenue ou incluse, avec pose d'un dispositif de traction orthodontique et aménagement parodontal par greffe ou lambeau (ZZLP025, YYYY614)	1	0	146,3	146,3		1	ADC
HBPD001 [F,U]	Dégagement de plusieurs dents retenues ou incluses avec pose de dispositif de traction orthodontique (ZZLP054)	1	0	156,75	156,75		1	ADC

07.02.02.11

Avulsion de dents permanentes

Comprend : avulsion de dent et/ou de racine dentaire

Avec ou sans :

- curetage alvéolaire

- régularisation osseuse de l'arcade alvéolaire

HBGD036 [F,U]	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade sans alvéolectomie (ZZLP025, HBQK061, YYYY614)	1	0	33,44	33,44		1-7	ADC
HBGD043 [F,U]	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie (ZZLP025, HBQK061, YYYY614)	1	0	50,16	50,16		1-7	ADC
HBGD319 [F,U]	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie (ZZLP025, HBQK061, YYYY614)	1	0	66,88	66,88		1-7	ADC
HBGD489 [F,U]	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie (ZZLP025, HBQK061, YYYY614)	1	0	83,6	83,6		1-7	ADC

Pour exemples cotation CCAM

HBGD035 [F,U]	Avulsion d'1 dent temporaire sur arcade (ZZLP025, HBQK061, YYYY614)	1	0	25	25			1-7	ADC
HBGD037 [F,U]	Avulsion de 2 dents temporaires sur arcade (ZZLP025, HBQK061, YYYY614)	1	0	30	30			1-7	ADC
HBGD309 [F,U]	Avulsion de 3 dents temporaires sur arcade (ZZLP025, HBQK061, YYYY614)	1	0	33,44	33,44			1-7	ADC
HBGD284 [F,U]	Avulsion de 4 dents temporaires sur arcade (ZZLP025, HBQK061, YYYY614)	1	0	41,8	41,8			1-7	ADC
HBGD065 [F,U]	Avulsion de 5 dents temporaires sur arcade (ZZLP025, HBQK061, YYYY614)	1	0	50,16	50,16			1-7	ADC
HBGD462 [F,U]	Avulsion de 6 dents temporaires sur arcade (ZZLP025, HBQK061, YYYY614)	1	0	58,52	58,52			1-7	ADC
HBGD464 [F,U]	Avulsion de 7 dents temporaires sur arcade (ZZLP025, HBQK061, YYYY614)	1	0	66,88	66,88			1-7	ADC
HBGD263 [F,U]	Avulsion de 8 dents temporaires sur arcade (ZZLP025, HBQK061, YYYY614)	1	0	75,24	75,24			1-7	ADC
HBJA003	Assainissement parodontal [détartrage-surfçage radiculaire] [DSR] sur 1 sextant <i>Indication : selon l'avis HAS n° 2018.0062/AC/SEAP du 19 décembre 2018 - traitement de première intention, non chirurgical, des formes chroniques et agressives des parodontites</i> <i>Facturation :</i> <i>quelle que soit la technique</i> <i>non associable, dans les 6 mois, à un acte de détartrage réalisé sur la même arcade que les sextants traités par DSR</i> <i>prise en charge limitée à un traitement initial et à un traitement complémentaire en cas de persistance des lésions - par période de 3 ans</i> <i>prise en charge limitée aux patients diabétiques, en ALD pour cette affection</i>	1	0	80	80			1	TDS
HBJA171	Assainissement parodontal [détartrage-surfçage radiculaire] [DSR] sur 2 sextants <i>Indication : selon l'avis HAS n° 2018.0062/AC/SEAP du 19 décembre 2018 - traitement de première intention, non chirurgical, des formes chroniques et agressives des parodontites</i> <i>Facturation :</i> <i>quelle que soit la technique</i> <i>non associable, dans les 6 mois, à un acte de détartrage réalisé sur la même arcade que les sextants traités par DSR</i> <i>prise en charge limitée à un traitement initial et à un traitement complémentaire en cas de persistance des lésions - par période de 3 ans</i> <i>prise en charge limitée aux patients diabétiques, en ALD pour cette affection</i>	1	0	160	160			1	TDS
HBJA634	Assainissement parodontal [détartrage-surfçage radiculaire] [DSR] sur 3 sextants ou plus <i>Indication : selon l'avis HAS n° 2018.0062/AC/SEAP du 19 décembre 2018 - traitement de première</i>	1	0	240	240			1	TDS

Pour exemples cotation CCAM

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif Secteur 1 / adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)	Tarif Hors secteur 1 / hors adhérent OPTAM/OPTAM- CO (en euro)	Rembt. ss Cdtions	Accord Préalable	Exo. TM	Regro- pemer
HBGD017 [F,U]	Avulsion d'1 dent ectopique (ZZLP030, HBQK061, YYYY614)	1	0	167,2	167,2			1-7	ADC
HBGD190 [F,U]	Avulsion de 2 dents ectopiques (ZZLP030, HBQK061, YYYY614)	1	0	250,8	250,8			1-7	ADC
HBGD397 [F,U]	Avulsion de 3 dents ectopiques (ZZLP030, HBQK061, YYYY614)	1	0	334,4	334,4			1-7	ADC
HBGD080 [F,U]	Avulsion de 4 dents ectopiques (ZZLP030, HBQK061, YYYY614)	1	0	418	418			1-7	ADC

07.02.02.15

Correction de trouble occlusal

HBMD061	Séance d'ajustement occlusal par coronoplastie	1	0	Non pris en charge	Non pris en charge			1	ATM
HBLD020	Pose d'un appareil de posture mandibulaire [cale]	1	0	Non pris en charge	Non pris en charge			1	ATM
HBLD018	Pose d'un plan de libération occlusale	1	0	172,8	172,8			1	ATM
HBLD019	Pose d'un plan de guidage des mouvements antéropostérieurs mandibulaires	1	0	Non pris en charge	Non pris en charge			1	ATM

07.02.02.14

Pose de mainteneur d'espace interdentaire

HBLD006	Pose d'un mainteneur d'espace interdentaire unitaire scellé <i>À l'exclusion de : pose d'un arc de maintien d'espace interdentaire (HBLD001, HBLD003)</i>	1	0	Non pris en charge	Non pris en charge			5	PDT
HBLD002	Pose d'un mainteneur d'espace interdentaire amovible passif	1	0	Non pris en charge	Non pris en charge			5	PDT
HBLD001	Pose d'un arc de maintien d'espace interdentaire sans dent prothétique	1	0	Non pris en charge	Non pris en charge			5	PDT
HBLD003	Pose d'un arc de maintien d'espace interdentaire avec dent prothétique	1	0	Non pris en charge	Non pris en charge			5	PDT

**Je vous remercie de
votre attention**

