

# NOMENCLATURE :

Bien la connaître  
et Son utilisation...

Dr Gérard MOTTO

Version 2025



# 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

**Nous ne pouvons pas coter et facturer des actes relevant de la CCAM  
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 et qu'ils ne peuvent pas être réalisés par un  
autre praticien dans un délai compatible avec les besoins du traitement».**

# 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 tous soumis à AP, à l'exception des 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**

# CSD: Consultation spécialiste

## **Ne pas abuser de la CS**

- **CS ne peut être cotée qu'une fois/patient/praticien **avant** la demande d'AP**
- **Si pas de traitement → nouveau CS possible si le patient revient plus de 6 mois après .....**
- **Patient traité par un confrère et vu en « urgence » → CS possible**

# CSD: Consultation spécialiste

- **Délai entre la CS et les examens** : Conseil : 20 jours minimum « dispositions générales de la NGAP article 9 page 13 » et « délai de réflexion du patient »
- **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.
- **Conseil** : Ne pas fixer de Rdv « examens » à l'issue de cette 1<sup>ère</sup> consultation, demander aux patients de réfléchir et reprendre Rdv ( cela coupe court aux arguments des CD Conseils qui incluent la CSD aux examens !)

# 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<sup>ème</sup> anniversaire  
(sauf cas Orthodontico-chirurgical)**

## **Demande d'AP**

- **Nécessaire pour tout nouveau traitement**
- **Valable un an (TO 90 X 2) mais toujours possible de demander 1 seul semestre (TO 90)**
- **Caducque 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**

○ **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 éventuellement utilisés par nous le sont**

# DEMANDE D'AP

## Début et Renouvellement

- ◆ **1<sup>ère</sup> DEMANDE : Mettre 1<sup>ère</sup> Année et TO 90 X 2**
- ◆ **RENOUVELLEMENT : Mettre les N° de Semestre ( 3<sup>ème</sup> + 4<sup>ème</sup> ) 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 minimum un Trimestre**

# DEMANDES d'AP

## EXEMPLE

CAB COMU 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  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 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
Sens vertical	<input type="checkbox"/> Hypodivergence	<input checked="" type="checkbox"/> Hyperdivergence		

**Anomalie(s) alvéolaire(s) :**

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

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

**Dysharmonie dento-maxillaire**

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

**Dysharmonie dento-dentaire**

Agénésie(s) 38 Dent(s) incl. ou Surnum. 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 héli 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

CRE. COND. Z. ISB IN SPEC

PARTIE RESERVEE AU CHIRURGIEN DENTISTE

## Références Nationales Opposables

R.

Date de la proposition

25/09/2017

Date de début effectif du traitement

Cotation des actes

2 x TO90

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°

Contention - année n°

3 + 4

Autres

lesquels

**DIAGNOSTIC**

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

**Anomalie(s) basale(s) :**

Maxillaire

Mandibulaire

**Anomalie(s) alvéolaire(s) :**

Maxillaire

Mandibulaire

Sens sagittal

Pro

Retro

Pro

Retro

Pro

Retro

Pro

Retro

Sens transversal

Endo

Exo

Endo

Exo

Endo

Exo

Endo

Exo

Sens vertical

Hypodivergence

Hyperdivergence

Supraclusion

Infraclusion

Classe dentaire molaire

Cl.I

Cl.II

Cl.III

2° de classe

Classe dentaire canine

Cl.I

Cl.II

Cl.III

Classe canine

**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: Respect de la date !

=> 27 4 00508 1 00 1 20 1 36

CAB. CONV. Z.158 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 intra et extra-buccales**

**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**

# LES EXAMENS

- ◆ **Le TO 15 + 5 n'est cotable qu'une seule fois par patient pour un même praticien**
- ◆ **Si il y a une interruption de traitement ( DAP de surveillance ou non), que le traitement soit repris ensuite ( impérativement avant 16 ans si le patient n'est plus en surveillance) par le même praticien, la cotation des radiographies nécessaires est possible, mais pas du TO 15 + 5 ( RÉÉVALUATION du premier diagnostic et plan de traitement)**

# Les traitements

- ◆ 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<sup>er</sup> 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 !**

# Les traitements

- ◆ **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

# Les traitements

## ◆ 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, non renouvelable et indépendant des semestres d'orthodontie**
- ◆ 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)

## + de 50 lettres clés (+ de 120€)

- ◆ Remboursables par les Caisses à 100% du tarif de responsabilité des Caisses d'Assurance Maladie
- ◆ Semestre d'orthodontie TO 90
- ◆ 1<sup>ère</sup> 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<sup>ème</sup> 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

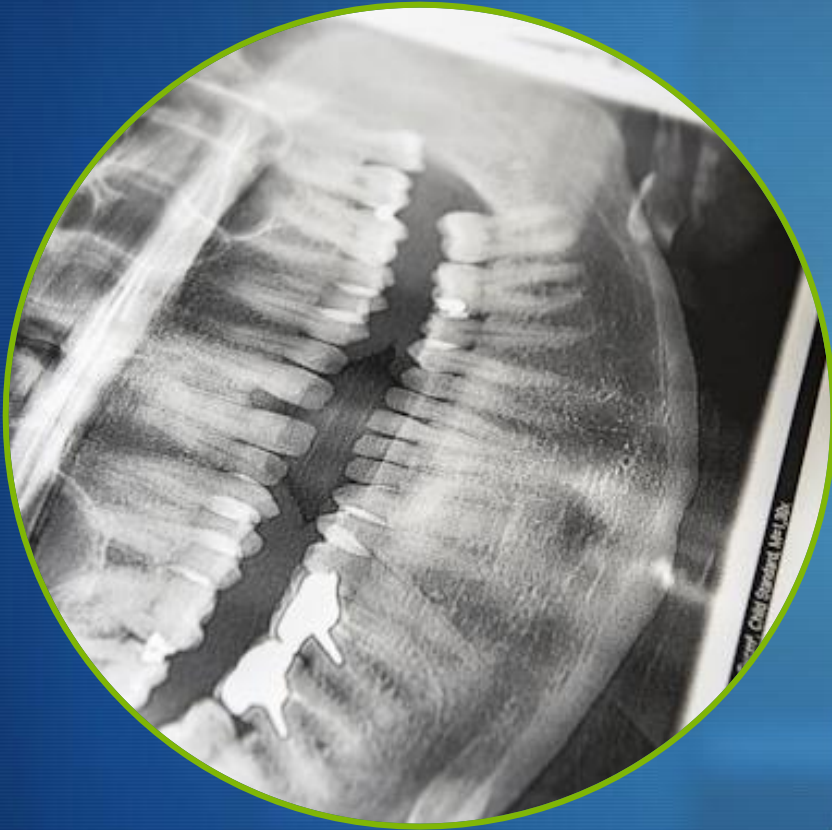
◆ **Téléradios**  
◆ **Age osseux**  **Téléradios : Tous les patients pris en charge**  
**Moins de 16 ans pour l'âge osseux**

◆ **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, nom 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**



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

Dents incluses

- Oui :
- Non

Observations

- Dents extraites
- Caries
- Dents dévitalisées

Agénésies

- oui
- non

Germes des troisièmes molaires

- Visibles
- Non visibles

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

Dents surnuméraires

- oui
- non

RADIOGRAPHIE PANORAMIQUE pour diagnostic orthodontique

Stade dentaire

- Denture temporaire
- Denture mixte
- Denture adulte

Agénésies

- Oui
- Non

Dents surnuméraires

- Oui
- Non

Dents incluses

- Oui *13-23*
- Non

Germes des troisièmes molaires

- Visibles
- Non visibles

Observations

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

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

TELERADIOGRAPHIES

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



D

# 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 (Poignet, téléradiographie, etc...)

◆ Uniquement pour le diagnostic

### ◆ **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<sup>ème</sup> anniversaire

◆ Pour les cas orthodontico-chirurgicaux

### ◆ **Examen Tomographique (3D)**

◆ 1<sup>er</sup> 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 ...)**

# Recommandation pour les radiographies (HAS)

- ◆ **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, ou même plus souvent si risques (suivre l'évolution d'une dent incluse, etc...), 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 )

# Recommandation pour les radiographies (HAS)

- ◆ **Téléradiographies de contrôle peuvent être réalisées :**
  - ◆ **A la fin d'une interception fonctionnelle pour en évaluer les résultats**
  - ◆ **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, etc...**

# 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
- ◆ **Nécessité de faire deux devis signés par le patient ( en cas de perte des droits CSS )**
  - ◆ 1 au « tarif » CSS, signé par le patient, qu'il faut joindre obligatoirement à chaque demande d'AP
  - ◆ 1 tarif au normal mentionnant « si perte de la CSS » ( et qui reste au Cabinet)
- ◆ **Possibilité de dépassement si exigence particulière du patient : non spécifié dans les textes**  
Donc, si un patient CSS a une exigence particulière : Pas possible dans le panier de soins il ne peut plus bénéficier de la CSS : Devis particulier en spécifiant bien « à la demande du patient » et pas de demande d'AP !

# CAS PARTICULIERS

## Patients CSS

- ◆ **ATTENTION : 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 ED**

# CSS : Acquits

- ◆ Pour les CSS : ne pas oublier de coter de la façon suivante / trimestre
- ◆ 1<sup>ère</sup> ligne : TO 45 ....96,75 €
- ◆ 2<sup>ème</sup> 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 »** )

# Patients CSS

- ◆ **Les honoraires, en tiers-payant, sont 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**

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

# 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 était 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 et perte financières ! Et surtout vérifiez les droits de vos patients (voir diapo N°35)**

# 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€
<b>TOTAL € (des actes envisagés)</b>							€	€	€	€

**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 : \_\_\_\_\_

### 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 €
<b>TOTAL € (des actes envisagés)</b>							<b>1 596,00 €</b>	<b>387,00 €</b>	<b>387,00 €</b>	<b>1 209,00 €</b>

### 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 <sup>ER</sup> SEMESTRE				1600.00 €			1600.00 €
		NPC*	2 <sup>EME</sup> SEMESTRE				1200.00 €			1200.00 €
		NPC*	3 <sup>EME</sup> 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 de tous les 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]	<b>Avulsion d*1 dent temporaire sur arcade</b> (ZZLP025, HBQK061, YYYY614)	1	0	25	25			1-7	ADC
HBGD037 [F,U]	<b>Avulsion de 2 dents temporaires sur arcade</b> (ZZLP025, HBQK061, YYYY614)	1	0	30	30			1-7	ADC
HBGD309 [F,U]	<b>Avulsion de 3 dents temporaires sur arcade</b> (ZZLP025, HBQK061, YYYY614)	1	0	33,44	33,44			1-7	ADC
HBGD284 [F,U]	<b>Avulsion de 4 dents temporaires sur arcade</b> (ZZLP025, HBQK061, YYYY614)	1	0	41,8	41,8			1-7	ADC
HBGD065 [F,U]	<b>Avulsion de 5 dents temporaires sur arcade</b> (ZZLP025, HBQK061, YYYY614)	1	0	50,16	50,16			1-7	ADC
HBGD462 [F,U]	<b>Avulsion de 6 dents temporaires sur arcade</b> (ZZLP025, HBQK061, YYYY614)	1	0	58,52	58,52			1-7	ADC
HBGD464 [F,U]	<b>Avulsion de 7 dents temporaires sur arcade</b> (ZZLP025, HBQK061, YYYY614)	1	0	66,88	66,88			1-7	ADC
HBGD263 [F,U]	<b>Avulsion de 8 dents temporaires sur arcade</b> (ZZLP025, HBQK061, YYYY614)	1	0	75,24	75,24			1-7	ADC
HBJA003	<b>Assainissement parodontal [détartrage-surfaçage radiculaire] [DSR] sur 1 sextant</b>  <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	<b>Assainissement parodontal [détartrage-surfaçage radiculaire] [DSR] sur 2 sextants</b>  <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	<b>Assainissement parodontal [détartrage-surfaçage radiculaire] [DSR] sur 3 sextants ou plus</b>  <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>	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	Regrou- pement
HBGD017 [F,U]	<b>Avulsion d'1 dent ectopique</b> (ZZLP030, HBQK061, YYYY614)	1	0	167,2	167,2			1-7	ADC
HBGD190 [F,U]	<b>Avulsion de 2 dents ectopiques</b> (ZZLP030, HBQK061, YYYY614)	1	0	250,8	250,8			1-7	ADC
HBGD397 [F,U]	<b>Avulsion de 3 dents ectopiques</b> (ZZLP030, HBQK061, YYYY614)	1	0	334,4	334,4			1-7	ADC
HBGD080 [F,U]	<b>Avulsion de 4 dents ectopiques</b> (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	<b>Pose d'un mainteneur d'espace interdentaire unitaire scellé</b> À l'exclusion de : pose d'un arc de maintien d'espace interdentaire (HBLD001, HBLD003)	1	0	Non pris en charge	Non pris en charge			5	PDT
HBLD002	<b>Pose d'un mainteneur d'espace interdentaire amovible passif</b>	1	0	Non pris en charge	Non pris en charge			5	PDT
HBLD001	<b>Pose d'un arc de maintien d'espace interdentaire sans dent prothétique</b>	1	0	Non pris en charge	Non pris en charge			5	PDT
HBLD003	<b>Pose d'un arc de maintien d'espace interdentaire avec dent prothétique</b>	1	0	Non pris en charge	Non pris en charge			5	PDT

**Je vous remercie de  
votre attention**

