

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

#### Décision du 29 avril 2020 modifiant la décision du 11 mars 2005 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 : SSAU2015386S

Le collège des directeurs,

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

Vu la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 11 mars 2005 ;

Vu les avis de la Haute Autorité de santé en date du 10 avril 2019 et du 10 juillet 2019 ;

Vu les avis de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie en date du 28 avril 2020 ;

Vu les commissions de hiérarchisation des actes et prestations des médecins et des chirurgiens-dentistes en date du 12 décembre 2019, du 23 janvier 2020 et du 6 février 2020,

Décide :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – Le livre II de la liste des actes et prestations adoptée par décision de l'UNCAM du 11 mars 2005 modifiée est ainsi modifié :

1° A la subdivision « 02.01.06.03 – Autres épreuves fonctionnelles sur l'œil » :

– Est supprimé l'acte suivant :

Code	Libellé	Activité	Phase	ExoTM	Regroupement
BZQP002	Fluoroscopie de l'œil	1	0	2	ATM

2° A la subdivision « 04.03.11.08 – Pose d'endoprothèse dans l'aorte abdominale et l'artère iliaque commune » :

– Est modifié la note de facturation de l'acte suivant :

Code	Libellé	Activité	Phase	ExoTM	Regroupement
DGLF012 [A, F, J, K, P, S, T, U, O]	<p><b>Pose d'endoprothèse fenêtrée ou multibranche dans l'aorte abdominale pour anévrisme complexe, par voie artérielle transcutanée</b></p> <p><i>Indication : conforme aux indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale</i></p> <p><i>Formation : selon avis du 29 octobre 2008 de la Haute autorité de santé [HAS]</i></p> <p><i>Environnement : conforme aux conditions d'exécution figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale</i></p> <p><i>Recueil prospectif de données : recueil de données supplémentaires spécifiques</i></p> <p><i>Facturation : établissement de santé titulaire d'une autorisation d'activité de chirurgie et d'une autorisation d'activité interventionnelle sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie</i></p>	1	0	1	ADC

3° A la subdivision « 07.01.14 – Autres actes diagnostiques sur l'appareil digestif » :

– Est modifiée la note de facturation pour l'acte suivant :

Code	Libellé
HBQD001	<p><b>Bilan parodontal</b></p> <p><i>Exploration du parodonte par sondage pour dépistage d'une maladie parodontale, étude de l'indice de plaque</i></p> <p><i>Indication : selon l'avis HAS n° 2018.0062/AC/SEAP du 19 décembre 2018</i></p> <p><i>Facturation :</i></p> <p><i>quelle que soit la technique</i></p> <p><i>prise en charge limitée aux patients en ALD pour diabète</i></p>

4° A la subdivision « 07.02.02.05 – Restauration des tissus durs de la dent » :

– Est ajoutée une note de facturation pour les deux actes suivants :

Code	Libellé
HBMD351 [N]	<b>Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] composite ou en alliage non précieux</b> Facturation : - prise en charge limitée au secteur prémolomolaire  (ZZLP025, HBQK061)
HBMD460 [N]	<b>Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] céramique ou en alliage précieux</b> Facturation : - prise en charge limitée au secteur prémolomolaire  (ZZLP025, HBQK061)

5° A la subdivision « 07.02.03.01 – Pose d'infrastructure coronaire [faux moignon] » :

– Est modifié la note de facturation pour l'acte suivant :

Code	Libellé
HBLD745	<b>Pose d'une infrastructure coronaradiculaire [Inlay core] sous une couronne ou un pilier de bridge dentoportés à entente directe limitée</b> Avec ou sans : clavette A l'exclusion de : restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire (HBMD042) Facturation pour : - pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur une deuxième prémolaire (HBLD491), - pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique-monolithique zircon sur une molaire (HBLD073), - pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique-monolithique autre que zircon sur une deuxième prémolaire ou une molaire (HBLD158), - pose d'un bridge de base (HBLD040, HBLD043, HBLD227) ; Facturable pour la pose d'un inlay-core non suivi d'une couronne ou d'un bridge définitif dans les 6 mois prise en charge limitée à l'infrastructure coronaradiculaire métallique

6° A la subdivision « 07.02.03.02 – Pose d'une couronne dentaire prothétique

– Est modifié la note de subdivision comme suit :

« La couronne dentaire en équivalents minéraux inclut la couronne dentaire céramocéramique

*Couronne dentaire fixée dentoportée quand la dent ne peut être reconstituée de façon durable par une obturation. La ou les radiographies dont la nécessité médicale est validée scientifiquement sont conservées dans le dossier du patient*

*Par alliage précieux ou non précieux, on entend alliage tel que défini dans la norme NF-EN ISO 22674*

*Par métallique, on entend alliage non précieux, y compris pour la chape métallique de la prothèse céramométallique*

*Facturation : les couronnes sur dents temporaires, les couronnes ou dents à tenon préfabriquées, les couronnes à recouvrement partiel ne sont pas prises en charge »*

7° A la subdivision « 07.02.03.04 – Pose de prothèse dentaire fixée dentoportée ou implantoportée »

– Est modifié la note de subdivision comme suit :

« Par alliage précieux ou non précieux, on entend alliage tel que défini dans la norme NF-EN ISO 22674

*Par métallique, on entend alliage non précieux y compris pour la chape métallique de la prothèse céramométallique*

*Prothèse dentaire fixée dentoportée quand au moins une dent pilier ne peut être reconstituée de façon durable par une obturation (bridges collés non concernés).*

*Prothèse dentaire complète transvissée implantoportée (HBLD030)*

*La ou les radiographies dont la nécessité médicale est validée scientifiquement sont conservées dans le dossier du patient*

*Facturation : les prothèses plurales [bridges] implantoportées, les prothèses dentaires sur dents temporaires, les prothèses dentaires ou dents à tenon préfabriquées, les prothèses dentaires ou dents à tenon provisoires, les piliers de bridge à recouvrement partiel ne sont pas pris en charge »*

8° A la subdivision « 07.02.05.04 – Autres actes thérapeutiques sur le parodonte » :

– Est modifié la note de facturation des actes suivants :

<b>HBJA003</b>	<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 : 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>
<b>HBJA171</b>	<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 : 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>
<b>HBJA634</b>	<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> <i>Facturation : 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>

9° A la subdivision « 08.01.07.04 – Ponction, biopsie et prélèvement de l'appareil génital féminin »

– Est modifié la note de l'acte suivant :

Code	Libellé	Activité	Phase	ExoTM	Regroupement
<b>JKHD001</b>	<b>Prélèvement cervicovaginal</b> <i>Prélèvement cervico-utérin</i>	1	0	2	ATM

10° A la subdivision « 08.01.09.01 – Examen cytopathologique du col de l'utérus » :

– Est ajoutée une exonération du ticket modérateur pour les deux actes suivants :

Code	Libellé	Activité	Phase	ExoTM	Regroupement
<b>JKQX027</b>	<b>Examen cytopathologique de contrôle de prélèvement [frottis] du col de l'utérus</b> <i>A l'exclusion de : Examen cytopathologique de contrôle en phase liquide [technique monocouche] de prélèvement [frottis] du col de l'utérus [JKQX015]</i> <i>Indication : selon les recommandations de bonnes pratiques en vigueur, relatives</i> <i>- aux anomalies du test de dépistage de première intention</i> <i>- aux situations relevant d'un suivi spécifique</i>	1	0	5-7	ATM

Code	Libellé	Activité	Phase	ExoTM	Regroupement
<b>JKQX015</b>	<b>Examen cytopathologique de contrôle en phase liquide [technique monocouche] de prélèvement [frottis] du col de l'utérus</b> <i>Indication : selon les recommandations de bonnes pratiques en vigueur, relatives</i> <i>- aux anomalies du test de dépistage de première intention</i> <i>- aux situations relevant d'un suivi spécifique</i> <i>Environnement : lorsque la cytologie de dépistage de première intention a été effectuée sur un prélèvement cervicovaginal en phase liquide, l'examen cytopathologique de contrôle est réalisé sur ce même prélèvement au titre de "cytologie réflexe" en seconde intention, conformément aux recommandations de bonne pratique en vigueur</i>	1	0	5-7	ATM

11° A la subdivision « 08.02.03.12 – Autres actes thérapeutiques sur la vessie » :

– Est inscrit l'acte suivant :

Code	Libellé	Activité	Phase	ExoTM	Regroupement
<b>JDLD659</b>	<b>Instillation vésicale d'agent pharmacologique anticancéreux avec hyperthermie par radiofréquences, par voie urétrale</b>  <i>Indication : traitement adjuvant des tumeurs de la vessie non infiltrantes du muscle (T<sub>1</sub>N<sub>1</sub>M) de haut risque, en deuxième intention après échec de BCG-thérapie, en cas de contre-indication ou de refus par le patient du traitement chirurgical radical (cystectomie totale)</i>	1	0	1	ATM

12° A la subdivision « 11.01.03 – Radiographie de la tête » :

– Est ajouté un remboursement sous conditions pour l'acte suivant :

Code	Libellé	Activité	Phase	Remb ss cdtions	ExoT- M	Regrou- pement
LAQK027 [E, F, P, U, Y, Z]	<p><b>Radiographie volumique par faisceau conique [cone beam computerized tomography, CBCT] du maxillaire, de la mandibule et/ou d'arcade dentaire</b></p> <p><i>Indication : évaluation diagnostique et/ou préopératoire :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- d'atypie anatomique en endodontie,</li> <li>- de pathologie maxillo-mandibulaire et/ou dentoalvéolaire</li> <li>- de pathologie osseuse de l'articulation temporomandibulaire</li> </ul> <p><i>dans les situations où les informations indispensables n'ont pas été apportées par l'examen clinique et la radiographie</i></p> <p><i>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</i></p> <p><i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i></p> <p><i>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 :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare</li> <li>- des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires</li> </ul>	1	0	RC	2	ADI

13° A la subdivision « 17.02.06.02 – Autres examens particuliers de tissu »

– Pour les deux actes d'anatomocytopathologie ZZQX603 et ZZQX628 réalisés dans les départements et régions d'outre-mer, il faut appliquer le coefficient de majoration suivant aux tarifs pour la métropole :

DROM	COEFFICIENT DE MAJORATION
Martinique	1,214
Guadeloupe	
Guyane	
Réunion	
Mayotte	

14° A la subdivision « 19.02.11 – Soins prothétiques – Suppléments pour prothèse amovible et soins dentaires » :

– Est inscrit le supplément suivant :

Code	Libellé	Activité	Phase	ExoTM	Regroupement
YYYY185	<p><b>Supplément pour actes bucco-dentaires réalisés en 2 séances ou plus pour prise en charge d'un patient en situation de handicap sévère</b></p> <p><i>Avec ou sans : sédation consciente</i></p> <p><i>Avec ou sans : utilisation du MEOPA</i></p> <p><i>Indication : patients atteints de handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, ou d'un polyhandicap</i></p> <p><i>Formation : pour MEOPA : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i></p> <p><i>Facturation : selon les consignes d'utilisation de la « grille des adaptations pour la prise en charge en santé bucco-dentaire des patients en situation de handicap » prévues à l'annexe XX de l'avenant 3 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes.</i></p> <p><i>A l'exclusion des actes diagnostiques, des actes de radiologie, de prévention, de restauration coronaire par matériau inséré en phase plastique et de chirurgie</i></p> <p><i>Une seule fois quel que soit le nombre d'actes réalisés au cours de ces 2 séances ou plus,</i></p> <p><i>Non cumulable avec YYYY183</i></p>	1	0	1-7	ADC

– Est modifié le supplément suivant :

Code	Libellé
YYYY183	<p><b>Supplément pour actes bucco-dentaires pour prise en charge d'un patient en situation de handicap sévère</b></p> <p><i>Avec ou sans : sédation consciente</i></p> <p><i>Avec ou sans : utilisation du MEOPA</i></p> <p><i>Indication : patients atteints de handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, ou d'un polyhandicap</i></p> <p><i>Formation : pour MEOPA : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i></p> <p><i>Facturation : selon les consignes d'utilisation de la « grille des adaptations pour la prise en charge en santé bucco-dentaire des patients en situation de handicap » prévues à l'annexe XX de l'avenant 3 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes.</i></p> <p><i>Une seule fois par séance quel que soit le nombre d'actes réalisés dans la séance,</i></p> <p><i>Non cumulable avec YYYY185</i></p>

– Est facturable pour les chirurgiens-dentistes le supplément suivant :

Code	Libellé
YYYY755	Supplément pour avulsion de 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe réalisée en cabinet sous anesthésie locale <i>Facturation : associable à HBGD038, non associable à ZZLP042</i>

**Art. 2.** – Les tarifs pour les nouveaux actes et suppléments sont les suivants :

Code	Activité	Phase	Tarif (en euros)
JDL659	1	0	108
YYYY185	1	0	200

**Art. 3.** – La présente décision sera publiée au *Journal officiel* de la République française et prendra effet le 8 août 2020.

Fait le 29 avril 2020.

Pour le collège des directeurs et par délégation :

*Le directeur général*

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

N. REVEL

*Le directeur général*

*de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole,*

F-E. BLANC