



VERSION COORDONNEE AU 01.04.2025 DE LA NOMENCLATURE DES ACTES ET SERVICES DES

Médecins-dentistes

et

TARIFS APPLICABLES

INFORMATION IMPORTANTE

Les tarifs correspondant à la valeur 944,43 de la cote d'application de l'échelle mobile des salaires sont indiqués dans la colonne intitulée "Tarif". Ces tarifs restent valables jusqu'à l'échéance d'une nouvelle cote d'application.

La présente publication ne constitue qu'un instrument de consultation. Elle ne remplace pas les publications officielles au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg qui sont les seules faisant foi.

SOMMAIRE

MEDECINS-DENTISTES	2
Règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie.....	3
Dispositions générales	3
Tableau des actes et services tel que prévu à l'article 1 du présent règlement grand-ducal	9
<i>PREMIERE PARTIE : ACTES GENERAUX</i>	<i>9</i>
Chapitre 1 - Consultations du médecin-dentiste	9
Chapitre 2 - Visites du médecin-dentiste	9
Section 1 - Visites en milieu extra-hospitalier	9
Section 2 - Visite en milieu hospitalier	9
Chapitre 3 - Déplacements du médecin-dentiste	9
Chapitre 4 - Traitement hospitalier stationnaire du médecin-dentiste.....	9
Section 1 - Traitement stationnaire interne	9
Section 2 - Traitement post-opératoire.....	9
Chapitre 5 - Rapports du Médecin-dentiste	9
Chapitre 6 - Examens à visée préventive du médecin-dentiste	10
Section 1 - Examen prénatal de la femme enceinte tel que prévu par l'article 279 du Code de la sécurité sociale et le règlement grand-ducal du 27 juillet 2016	10
Section 2 - Examens dentaires des enfants âgés de 2 à 4 ans tels que prévus par la loi du 15 mai 1984 et le règlement grand-ducal du 12 décembre 1984 (art. 3).....	10
Chapitre 7 - Tarifs spéciaux	10
<i>DEUXIEME PARTIE : ACTES TECHNIQUES.....</i>	<i>10</i>
Chapitre 1 - Soins gingivaux et dentaires	10
Section 1 - Soins sur le parodonte	10
Section 2 - Soins généraux et sur le parodonte	10
Section 3 - Restauration des tissus durs de la dent.....	11
Section 4 - Exérèse de la pulpe et du contenu canalaire de la dent : inclut la mise en forme canalaire et l'obturation radiculaire	11
Section 5 - Restauration des tissus durs de la dent : comprend l'exérèse de lésion carieuse de dent.....	11
Chapitre 2 - Avulsions dentaires	12
Chapitre 3 - Extractions chirurgicales.....	13
Chapitre 4 - Pose d'implant(s) osseux sur le crâne et la face	13
Section 1 - Actes préimplantaires	13
Section 2 - Pose d'implant chez l'adulte.....	13
Section 3 - Dégagement et activation chez l'adulte	13
Chapitre 5 - Prothèse dentaire adjointe	13
Chapitre 6 - Traitement non terminé pour prothèse adjointe	14
Chapitre 7 - Prothèse conjointe.....	14
Chapitre 8 - Traitement non terminé pour prothèse conjointe	14
Chapitre 9 - Orthodontie	14
Chapitre 10 - Radiodiagnostic	15
Chapitre 11 - Prestations réservées à l'assurance accident	15
Modifications portées au règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie (Mémorial A – N°118 du 30.12.1998, p. 3132)	16

MEDECINS-DENTISTES

Règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie

Caractère personnel de l'acte

Art. 1er.- Les actes et services des médecins-dentistes ne peuvent être pris en charge par une institution d'assurance maladie ou une autre institution de sécurité sociale visée au Code de la sécurité sociale que si cet acte ou service est inscrit au tableau annexé au présent règlement et qui en fait partie intégrante et à condition d'avoir été effectués personnellement par le médecin-dentiste. Au cas où le médecin-dentiste est assisté par une autre personne, il doit exécuter lui-même, ou, lorsque cette personne est un médecin-dentiste en voie de formation, surveiller lui-même la phase essentielle de l'acte tout en restant responsable de l'intégralité de l'acte.

Distinction entre actes généraux et techniques

Art. 2.- Les coefficients des actes et services inscrits dans la première partie de l'annexe du présent règlement intitulée "Actes généraux" ne peuvent être modifiés que sur proposition du ou des groupements professionnels ayant signé la convention avec la Caisse nationale de santé. Tous les autres actes sont regroupés dans la deuxième partie de l'annexe du présent règlement, intitulée "Actes techniques".

Les actes techniques de la deuxième partie de l'annexe peuvent également être accomplis par les médecins spécialistes

en chirurgie orale, dentaire et maxillo-faciale
en stomatologie.

Les chapitres 2 et 3 de la deuxième partie de l'annexe sont accessibles aux médecins spécialistes

en chirurgie générale
en chirurgie plastique
en oto-rhino-laryngologie
en chirurgie maxillo-faciale.

Le chapitre 9 intitulé "Oto-Rhino-Laryngologie - Stomatologie - Chirurgie maxillo-faciale - Médecine dentaire" de la deuxième partie de l'annexe de la nomenclature des médecins constitue une partie commune aux médecins et aux médecins-dentistes.

Autorisation par le contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 3.- Certains actes ne peuvent être pris en charge qu'après avoir été autorisés par le contrôle médical de la sécurité sociale.

Ces actes sont signalés par les lettres "APCM" (autorisation préalable du contrôle médical de la sécurité sociale requise) ou les lettres "ACM" (autorisation du contrôle médical de la sécurité sociale requise), suivant que cette autorisation doit ou non précéder l'accomplissement de l'acte. La procédure à suivre pour obtenir cette autorisation est réglée par la convention prévue à l'article 61 du Code de la sécurité sociale.

Tarif d'un acte

Art. 4.- Le tarif d'un acte est obtenu en multipliant son coefficient par la valeur monétaire de la lettre-clé négociée pour chaque exercice par les parties signataires de la convention pour les

médecins-dentistes ou arrêtée, à défaut d'accord entre parties, par une sentence du Conseil supérieur de la sécurité sociale, ceci conformément aux articles 66 et suivants du Code de la sécurité sociale.

Le tarif d'un acte est compté en euros à une décimale près. Les fractions de dixième d'euro sont arrondies vers le haut si elles sont supérieures ou égales à cinq (5) cents. Les fractions de dixième d'euro sont arrondies vers la bas si elles sont strictement inférieures à cinq (5) cents.

Le coefficient des actes de la deuxième partie de l'annexe marqués par les lettres "DSD" (dépassement sur devis) correspond au tarif maximal remboursé par l'assurance maladie. Un dépassement peut se faire sur devis préalable, en application de l'article 66 du Code de la sécurité sociale et selon les modalités fixées par la convention prévue à l'article 61 du Code de la sécurité sociale.

Pour les positions marquées du sigle DSD, un devis écrit préalable est requis.

Par dérogation à ce qui précède, pour les codes DP47, DS18, DS19, DS24, DS26, DS27, DS33, DS34, DS35, DS36, DS41, DS42, DS43, DS44, DS45, DS47, DS50, DS69, DS70, DA52, DA64, DB10, DB13, DB17, DB36, DB37, DB52, DB53, DB54, DN50, DW18 et DW19, le mémoire d'honoraires vaut devis.

Consultation et visite

Art. 5.- La consultation ou la visite comporte généralement un interrogatoire du malade, un examen clinique et, s'il y a lieu, une prescription thérapeutique.

Un entretien téléphonique ne peut donner lieu à une quelconque facturation à charge de l'assurance maladie.

Sont considérés comme inclus dans la consultation ou dans la visite les moyens de diagnostic en usage dans la pratique courante (prise de tension artérielle, examen au spéculum nasal), la prise de sang veineux, les analyses qualitatives des urines (albumine et glucose), les injections intraveineuses, intramusculaires, sous-cutanées et intradermiques, les petits pansements, l'ouverture d'abcès superficiels, le meulage de bords tranchants, les cautérisations, la retouche à une prothèse dentaire, le pulpotest, la préparation de fond de cavité ainsi que l'établissement d'une ordonnance ou d'un certificat sommaire.

Les consultations et visites ne peuvent être mises en compte que si elles ont été sollicitées par la personne protégée ou par une personne de son entourage.

Le médecin-dentiste ne peut mettre en compte qu'une seule consultation ou visite par personne et par jour, c'est-à-dire par période de vingt-quatre heures commençant à minuit, à moins qu'il ne justifie que les particularités du cas ont rendu nécessaire plusieurs séances au cours du même jour et que cette justification trouve l'accord du contrôle médical de la sécurité sociale.

Le médecin-dentiste mettra en compte exclusivement la consultation réservée à sa spécialité.

Est considérée comme consultation urgente celle sollicitée comme telle par la personne protégée ou par une personne de son entourage et reconnue comme telle par le médecin-dentiste, à condition qu'elle se situe en dehors des heures de consultation et de visite normales affichées par le médecin-dentiste ou que sa délivrance oblige le médecin-dentiste à abandonner la suite programmée de ses occupations.

Est considérée comme visite urgente celle sollicitée comme telle par la personne protégée ou par une personne de son entourage et reconnue comme telle par le médecin-dentiste, à condition qu'elle soit effectuée sans délai.

Le médecin-dentiste ayant mis en compte une consultation ou une visite urgente doit, à la demande du contrôle médical de la sécurité sociale, en justifier par écrit le caractère urgent.

Si lors du même déplacement, le médecin-dentiste examine plusieurs personnes faisant partie

de la même communauté domestique ou du même établissement, le tarif de la visite est remplacé par celui de la consultation pour la deuxième personne et les suivantes.

Indemnité horo-kilométrique

Art. 6.- L'indemnité horo-kilométrique ne peut être mise en compte que pour une visite en milieu extra-hospitalier.

L'indemnité est calculée d'après la carte officielle des distances. Pour le calcul, le cabinet du médecin-dentiste doit être pris comme point de départ, sans que toutefois l'indemnité mise en compte ne dépasse celle correspondant aux kilomètres effectivement parcourus.

Si en cas de visite à l'intérieur de la localité dans laquelle le médecin-dentiste a établi son cabinet, le déplacement dépasse un kilomètre, l'indemnité aller-retour peut être mise en compte pour les kilomètres excédentaires.

Traitement en milieu hospitalier

Art. 7.- Lorsque le médecin-dentiste n'est pas présent à l'hôpital, mais doit s'y déplacer spécialement et d'urgence pour un traitement ambulatoire ou un patient hospitalisé par un autre médecin ou médecin-dentiste, il met en compte le tarif de la visite et les actes techniques effectués. Sur le mémoire d'honoraires il marque, outre le code de la visite, l'heure à laquelle cette dernière a été effectuée.

Si la personne séjourne en milieu hospitalier, soit à titre stationnaire, soit au titre d'un séjour inférieur à une journée dont les conditions sont à fixer par la convention visée à l'article 75 du Code de la sécurité sociale, le médecin-dentiste traitant applique les forfaits prévus au chapitre 4 de la première partie de l'annexe, à l'exclusion du tarif de la consultation ou de la visite. Toutefois, le médecin-dentiste traitant peut mettre en compte le tarif de la visite de nuit entre 22 heures et 7 heures selon les modalités prévues à l'article 10 sous 5).

Est considéré comme médecin-dentiste traitant au sens des présentes dispositions le médecin-dentiste qui, ayant décidé de l'admission de la personne protégée, effectue le traitement durant l'hospitalisation et en fait la déclaration à l'hôpital ou à l'assurance maladie conformément aux dispositions de la convention prévue à l'article 75 du Code de la sécurité sociale.

Si au cours d'une même hospitalisation dans le même établissement la personne protégée est traitée successivement par deux médecins-dentistes, le deuxième médecin-dentiste doit, pour la détermination du forfait, tenir compte de la période d'hospitalisation antérieure mise en compte par le premier médecin-dentiste.

Si au cours d'une même hospitalisation la personne protégée est traitée successivement par deux médecins relevant de disciplines médicales différentes, le deuxième médecin met en compte le forfait correspondant comme s'il s'agissait d'une nouvelle hospitalisation, à condition que le changement de médecin ait été signalé endéans les vingt-quatre heures à l'administration de l'hôpital.

Si au cours d'une même hospitalisation la personne protégée est traitée simultanément par plusieurs médecins, le médecin traitant justifie le traitement parallèle sur un formulaire élaboré par le contrôle médical de la sécurité sociale. Il envoie dans les vingt-quatre heures ce formulaire pour autorisation au contrôle médical de la sécurité sociale. Suite à cette autorisation le médecin-dentiste applique également les forfaits prévus au chapitre 4 de la première partie de l'annexe à l'exclusion du tarif de la consultation ou de la visite.

N'est pas considéré comme traitement parallèle un traitement successif effectué le même jour.

Les jours d'hospitalisation sont comptés par période de vingt-quatre heures commençant à minuit; la fraction compte pour une journée entière.

Majoration du tarif des actes techniques

Art. 8.- Si l'acte technique est effectué d'urgence entre 20 et 7 heures ou un dimanche ou un jour férié légal, son tarif est majoré de cent pour cent, sauf si le libellé de l'acte exclut expressément cette majoration ou si une visite à l'hôpital est mise en compte. Le médecin-dentiste note le tarif majoré sur le mémoire d'honoraires en complétant le code de l'acte par la lettre "N" (nuit), "D" (dimanche), ou "F" (jour férié).

Cumul de plusieurs actes techniques

Art. 9.- Lorsqu'au cours d'une même séance, plusieurs actes techniques sont effectués sur une même personne par le même médecin-dentiste, celui-ci a droit au tarif de l'acte dont le coefficient est le plus élevé ainsi qu'à cinquante pour cent du tarif du deuxième acte et le cas échéant, du troisième acte. Les actes suivant le troisième acte ne donnent pas lieu à honoraires. Le médecin-dentiste note le tarif réduit en application du présent article sur le mémoire d'honoraires en complétant le code de l'acte par la lettre "R".

Les actes auxquels la réduction de cinquante pour cent prévue à l'alinéa premier ne s'applique pas, sont signalés par les lettres "CAT" (cumul à plein tarif avec autre acte technique autorisé).

Par dérogation aux dispositions de l'alinéa premier les actes inscrits dans les chapitres 1er, 2, et 4 à 11 de la deuxième partie de l'annexe de ce règlement peuvent être cumulés à plein tarif entre eux et sans limitation de leur nombre. Ils sont à considérer dans leur ensemble comme un seul acte technique. En cas de cumul de cet ensemble d'actes techniques avec d'autres actes techniques n'appartenant pas aux chapitres 1er, 2, et 4 à 11, la réduction de cinquante pour cent prévue par les dispositions de l'alinéa premier n'est pas applicable à cet ensemble d'actes et les autres actes peuvent être mis en compte; le premier à 100% et le deuxième à 50%.

Aucune prestation ne peut être cumulée avec une prestation dont elle fait partie intégrante.

Le médecin-dentiste ne peut mettre en compte qu'une seule consultation par période de vingt-quatre heures commençant à minuit, à moins qu'il ne justifie que les particularités du cas ont rendu nécessaires plusieurs séances au cours du même jour et que cette justification trouve l'accord du contrôle médical de la sécurité sociale.

Cumul entre actes généraux et actes techniques

Art. 10.- Peuvent être cumulés les honoraires:

- 1) d'un acte technique signalé par les lettres CAC (cumul avec consultation) et d'une consultation, à l'exception du renouvellement d'ordonnance,
- 2) d'un rapport et d'un autre acte général ou technique,
- 3) de la visite en milieu extra-hospitalier, de l'indemnité horo-kilométrique et des actes techniques,
- 4) de la visite à l'hôpital prévue à l'alinéa 1er de l'article 7 et des actes techniques à condition que ces actes ne subissent pas les majorations prévues à l'article 8,
- 5) des examens prévus au chapitre 6 de la première partie de l'annexe et des actes techniques,
- 6) des forfaits pour le traitement hospitalier prévu au chapitre 4 de la 1ère partie de l'annexe et de la visite de nuit entre 22 et 7 heures, à condition que l'état du malade requière son intervention urgente et que le médecin-dentiste ne mette pas en compte la majoration de nuit prévue à l'article 8.

Dans tous les autres cas, les honoraires des actes généraux ne se cumulent ni entre eux ni avec ceux des actes techniques, si les actes sont effectués au cours de la même séance sur la même personne. Le médecin-dentiste a droit aux honoraires les plus élevés, soit de l'acte général, soit des actes techniques après application de l'article qui précède. Toutefois, lorsque le ou les actes techniques ne sont pas accompagnés d'un examen du patient et notamment s'ils sont effectués en série, l'intervention du médecin-dentiste n'a pas la valeur d'une consultation et il n'a droit qu'aux honoraires du ou des actes techniques.

Dans les cas visés sous 1) à 5) ci-dessus, l'article 9 s'applique pour le cumul des actes techniques entre eux.

Assistance opératoire

Art. 11.- Si la complexité de l'intervention exige une assistance opératoire, celle-ci est fixée à trente pour cent du coefficient de l'acte opératoire en cause ou, le cas échéant, à trente pour cent de la somme des coefficients des actes opératoires effectués lors de cette intervention, sans pouvoir être inférieure au coefficient 7,85. Sur son mémoire d'honoraires le médecin-dentiste note le code du ou des actes suivi de la lettre "P". Le coefficient minimum subit les majorations prévues à l'article 8.

Lorsque deux médecins ou médecins-dentistes mettent en compte le tarif pour assistance opératoire, le médecin ou médecin-dentiste ayant effectué l'intervention doit fournir une justification écrite au contrôle médical de la sécurité sociale.

Dispositions particulières à l'anesthésie locale ou régionale

Art. 12.- En cas d'anesthésie locale ou régionale par injection le tarif des actes auxquels l'anesthésie se rapporte est majoré de 15% sans que cette majoration ne puisse être inférieure au coefficient prévu pour les positions DS20 ou DS21 du chapitre 1er de la deuxième partie de l'annexe. Elle ne peut être mise en compte si simultanément une anesthésie générale est pratiquée.

Sur le mémoire d'honoraires le médecin complète le code de l'intervention par la lettre "L".

L'anesthésie de contact est toujours comprise dans l'acte technique, respectivement la consultation.

Concordance des codes d'un acte technique en cas d'intervention pratiquée sous anesthésie

Art. 13.- En cas d'intervention pratiquée sous anesthésie, les codes appliqués par les différents médecins ou médecins-dentistes concernés doivent être concordants. En cas de contestation, le rapport de l'intervention fait foi.

Frais d'appareil et frais de matériel

Art. 14.- Le médecin-dentiste a droit au tarif spécifique pour couvrir les frais d'utilisation d'un appareil, à condition que l'acte technique correspondant puisse être mis en compte, que le médecin-dentiste soit propriétaire de l'appareil, le cas échéant, dûment autorisé, et que l'acte soit effectué en milieu extra-hospitalier ou dans un hôpital ne disposant pas de l'appareil en question. Dans ce cas il complète le code de l'acte par la lettre "X".

Le médecin-dentiste peut mettre en compte les frais de matériel indiqués dans la deuxième partie de l'annexe du présent règlement en relation avec un acte technique, à condition que l'acte soit effectué en milieu extra-hospitalier. Dans ce cas il complète le code de l'acte par la lettre "M".

Les tarifs pour frais d'appareil et de matériel signalés respectivement par les lettres "X" et "M" à la dernière position du code ne subissent ni réduction ni majoration.

Les métaux précieux sont facturés à part sur le même mémoire d'honoraires.

Dispositions particulières aux actes de biologie médicale

Art. 15.- Par dérogation aux dispositions de l'article 1, les médecins-dentistes peuvent mettre en compte en supplément aux actes généraux et techniques les actes de biologie médicale

conformément à la nomenclature pour les laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique et conformément aux dispositions de la loi du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales.

Dispositions particulières aux actes de radiodiagnostic

Art. 16.- Les actes de radiodiagnostic prévus au chapitre 10 de la deuxième partie de l'annexe ne peuvent être mis en compte que par les médecins ou médecins-dentistes qui ont été autorisés à cet effet par le ministre ayant dans ses attributions la santé dans le cadre de la loi du 10 août 1983 concernant l'utilisation médicale des rayonnements ionisants.

Le coefficient de chaque code de radiologie du chapitre 10 de la deuxième partie de l'annexe comprend toutes les incidences effectuées. Une location d'appareil ne peut être mise en compte qu'en milieu extra-hospitalier et ceci à raison d'une seule fois par séance. Le tarif des films s'ajoute à celui de l'acte de radiodiagnostic à condition que celui-ci soit effectué en milieu extra-hospitalier.

La simple interprétation d'un film ne peut être mise en compte.

Une radiographie de qualité défectueuse ne peut être mise en compte.

Rapports médicaux

Art. 17.- Pour tout acte technique de diagnostic ou de traitement, le rapport y relatif est compris dans le coefficient de cet acte. Ce rapport doit être communiqué sans délai au médecin ayant transféré le malade et, sur demande au médecin-conseil du contrôle médical ou à tout médecin ayant à traiter ce malade.

Un rapport écrit est obligatoire pour tout acte de traitement fait sous anesthésie générale et pour tout acte technique de diagnostic. Sa rémunération est incluse dans le coefficient de l'acte en cause.

Le rapport DR1 prévu au chapitre 5 de la 1ère partie de l'annexe ne peut être mis en compte lorsque le médecin assume lui-même le traitement. Il ne peut être mis en compte que s'il concerne des examens précis et détaillés d'une affection de la région maxillo-faciale dépassant les arcades dentaires avec énoncé des résultats de l'examen, du diagnostic des traitements effectués et, le cas échéant, des propositions de traitement ultérieur.

**Tableau des actes et services tel que prévu
à l'article 1 du présent règlement grand-ducal**

Tarifs

**NOMENCLATURE DES ACTES ET SERVICES DES
MEDECINS-DENTISTES**

PREMIERE PARTIE : ACTES GENERAUX

Chapitre 1 - Consultations du médecin-dentiste

- 1) Consultation du médecin-dentiste
- 2) Renouvellement d'ordonnance
- 3) Pansements en série, par séance
- 4) Consultation urgente
- 5) Consultation demandée et faite le soir entre 20 et 22 heures
- 6) Consultation demandée et faite le dimanche ou un jour férié légal
- 7) Consultation demandée et faite la nuit entre 22 et 7 heures

Chapitre 2 - Visites du médecin-dentiste

Section 1 - Visites en milieu extra-hospitalier

- 1) Visite du médecin-dentiste
- 2) Visite urgente
- 3) Visite demandée et faite le samedi après 12 heures
- 4) Visite demandée et faite le soir entre 18 et 22 heures
- 5) Visite demandée et faite le dimanche ou un jour férié légal
- 6) Visite demandée et faite la nuit entre 22 et 7 heures

Section 2 - Visite en milieu hospitalier

- 1) Visite du médecin-dentiste
- 2) Visite urgente
- 3) Visite demandée et faite le samedi après 12 heures
- 4) Visite demandée et faite le soir entre 18 et 22 heures
- 5) Visite demandée et faite le dimanche ou un jour férié légal
- 6) Visite demandée et faite la nuit entre 22 et 7 heures

Chapitre 3 - Déplacements du médecin-dentiste

- 1) Indemnité horo-kilométrique par km

Chapitre 4 - Traitement hospitalier stationnaire du médecin-dentiste

Section 1 - Traitement stationnaire interne

- 1) 1er jour d'hospitalisation
- 2) Du 2e jour au 14e jour; par jour
- 3) Du 15e au 42e jour; par jour
- 4) A partir du 43e jour, par jour

Section 2 - Traitement post-opératoire

- 1) Du 1er au 7e jour post-opératoire; par jour
- 2) Du 8e au 14e jour post-opératoire; par jour
- 3) Du 15e au 42e jour post-opératoire; par jour
- 4) A partir du 43e jour post-opératoire; par jour

Chapitre 5 - Rapports du Médecin-dentiste

- 1) Rapport détaillé au médecin traitant concernant
 - l'examen complet de la région maxillo-faciale,
 - les résultats d'examens complémentaires,
 - les traitements faits et les propositions de traitement ultérieur

Valeur lettre-clé à indice 100: 0,68011

Cote d'application:	944,43
Valeur lettre-clé:	6,4232
Valable à partir du:	01.01.2025

Code	Coeff.	Tarif
DC1	6,33	40,70
DC2	3,30	21,20
DC3	3,30	21,20
DC4	9,13	58,60
DC6	11,98	76,90
DC7	11,98	76,90
DC8	17,75	114,00
DV1	13,44	86,30
DV4	17,08	109,70
DV5	17,08	109,70
DV6	20,16	129,50
DV7	20,16	129,50
DV8	27,27	175,20
DV11	13,44	86,30
DV14	17,08	109,70
DV15	17,08	109,70
DV16	20,16	129,50
DV17	20,16	129,50
DV18	27,27	175,20
DK1	0,47	3,00
DF10	5,54	35,60
DF11	3,25	20,90
DF12	1,62	10,40
DF13	0,90	5,80
DF20	11,20	71,90
DF21	1,51	9,70
DF22	1,01	6,50
DF23	0,90	5,80
DR1	9,74	62,60

Chapitre 6 - Examens à visée préventive du médecin-dentiste

Section 1 - Examen prénatal de la femme enceinte tel que prévu par l'article 279 du Code de la sécurité sociale et le règlement grand-ducal du 27 juillet 2016

- 1) Examen dentaire avant la fin du cinquième mois de grossesse

Code	Coeff.	Tarif
DE1	11,98	76,90

Section 2 - Examens dentaires des enfants âgés de 2 à 4 ans tels que prévus par la loi du 15 mai 1984 et le règlement grand-ducal du 12 décembre 1984 (art. 3)

- 1) Examen dentaire de l'enfant âgé de 30 à 36 mois
2) Examen dentaire de l'enfant âgé de 42 à 48 mois

DE2	11,98	76,90
DE3	11,98	76,90

Chapitre 7 - Tarifs spéciaux

- 1) Téléconsultation dans le cadre de l'épidémie COVID-19 selon les recommandations de la Direction de la santé, y compris, le cas échéant, l'établissement des prescriptions médicales
2) Forfait horaire en cas de consultation et de traitement dans le cadre de l'épidémie COVID-19 selon les recommandations de la Direction de la santé, y compris, le cas échéant, la téléconsultation et l'établissement des prescriptions médicales
3) Majoration du forfait horaire FD45 pour frais connexes en cas de consultation et de traitement

DC45	6,33	40,70
FD45	44,19	283,80
FD46	19,00	122,00

DEUXIEME PARTIE : ACTES TECHNIQUES

Chapitre 1 - Soins gingivaux et dentaires

Section 1 - Soins sur le parodonte

Sous-section 1 - Phase 1 Bilan parodontal

- 1) Consultation dans le cadre d'une parodontopathie simple - DSD
2) Consultation dans le cadre d'une parodontopathie moyenne - DSD
3) Consultation dans le cadre d'une parodontopathie complexe - DSD
4) Radiographie rétroalvéolaire dans le cadre d'une parodontopathie - première radiographie
5) Radiographie rétroalvéolaire dans le cadre d'une parodontopathie - à partir de la deuxième radiographie (maximum 17 radiographies)
6) Charting parodontal - DSD

DP1	8,21	52,70
DP2	10,95	70,30
DP3	13,68	87,90
DP11	5,45	35,00
DP12	2,80	18,00
DP4	10,04	64,50

Sous-section 2 - Phase 2 Soins gingivaux et dentaires

- 1) Elimination d'un débordement des restaurations débordantes, par face
2) Elimination d'un débordement des couronnes débordantes - DSD

DP46	1,83	11,80
DP47	10,95	70,30

REMARQUE:

Les codes DP46 et DP47 (positions 1 et 2) ne sont pas cumulables avec des actes du chapitre 1er, sections 2 à 5, des actes du chapitre 6 ainsi que des actes du chapitre 7.

Sous-section 3 - Phase 3 Traitement actif

- 1) Surfaçage par hémiarcade / canine à canine - DSD + ACM

DP31	10,95	70,30
------	-------	-------

Sous-section 4 - Phase 4 Réévaluation parodontale

- 1) Consultation parodontale de réévaluation avec charting parodontal sommaire - DSD
2) Détartrage (seulement dans le cadre d'un traitement parodontal)
3) Surfaçage localisé - DSD + ACM (seulement dans le cadre d'un traitement parodontal)

DP40	8,21	52,70
DP41	6,10	39,20
DP42	10,95	70,30

REMARQUES:

- 1) Le code DP41 (position 2) ne peut être mis en compte qu'une fois par année de calendrier.
2) En cas de nécessité de traitement chirurgical, celui-ci se positionne en phase 4 du parcours de soins parodontal.

Sous-section 5 - Phase 5 Recall parodontal

- 1) Consultation parodontale de maintenance - DSD

DP50	8,21	52,70
------	------	-------

REMARQUES:

- 1) Le code DP50 peut être mis en compte au maximum quatre fois par période de 12 mois.
2) Le code DP50 est uniquement cumulable avec le code DP41.

Section 2 - Soins généraux et sur le parodonte

- 1) Détartrage en une ou plusieurs séances - CAC
2) Traitement médical de la parodontose, par séance

DS1	6,10	39,20
DS2	3,14	20,20

	Code	Coeff.	Tarif
3) Correction de l'occlusion dentaire et meulage sélectif, par séance	DS3	7,39	47,50
4) Consolidation de dents branlantes par ligature ou collage, ou traitement d'une fracture limitée aux procès alvéolaires, par dent	DS4	3,14	20,20
5) Attelle métallique dans la parodontose ou la fracture des procès alvéolaires - DSD+ACM	DS5	56,00	359,70
6) Prothèse attelle de contention ou gouttière occlusale - DSD+ACM	DS6	56,00	359,70

REMARQUES:

- 1) Le code DS2 (position 2) ne peut pas être mis en compte si un des actes du chapitre 2 « Avulsions dentaires », à l'exception des codes DS74, DS75 et DS79M, ainsi que les actes du chapitre 3 « Extractions chirurgicales » ont été mis en compte antérieurement ou lors de la même séance.
- 2) Le code DS3 (position 3) peut être mis en compte une fois par séance, quel que soit le nombre de dents soignées.
- 3) Le code DS3 (position 3) ne peut pas être mis en compte sur les dents de lait à l'exception des canines.
- 4) Ne sont pas cumulables :
 - Le code DS2 (position 2) avec le code DS22 sur une même dent lors d'une même séance.
 - Le code DS3 (position 3) avec les codes DS14, DS15, DS16, DS18, DS19, DS34, DS35 et DS36 sur une même dent lors d'une même séance et avec les actes des chapitres 5 « Prothèse dentaire adjointe » et 7 « Prothèse conjointe » sur une même dent lors d'une même séance, à l'exception du code DB34.

Section 3 - Restauration des tissus durs de la dent

1) Blanchiment de dents dévitalisées, par séance et par dent	DS7	3,14	20,20
2) Coiffage pulpaire indirect, par dent et par séance	DS8	3,14	20,20
3) Coiffage pulpaire direct, par dent et par séance	DS9	6,10	39,20

REMARQUES:

- 1) Les codes DS8 (position 2) et DS9 (position 3) ne sont pas cumulables sur une même dent lors d'une même séance.
- 2) Le code DS8 (position 2) n'est pas cumulable avec les codes DS84, DS85 ou DS86 sur une même dent lors d'une même séance.

Section 4 - Exérèse de la pulpe et du contenu canalaire de la dent : inclut la mise en forme canalaire et l'obturation radiculaire

1) Pulpectomie simple (amputation coronaire) et obturation de la chambre pulpaire (réservée à la dent de lait)	DS10	5,04	32,40
2) Pulpectomie totale (amputation corono-radulaire) et obturation des canaux radiculaires, sur incisives, canines ou prémolaires inférieures	DS11	12,32	79,10
3) Pulpectomie totale (amputation corono-radulaire) et obturation des canaux radiculaires, sur prémolaires supérieures ou molaires	DS12	21,67	139,20
4) Traitement endodontique par canal surnuméraire ou atypique (maximum 5 canaux par dent) - DSD	DS24	12,32	79,10
5) Traitement de la gangrène pulpaire et de ses complications, par séance - CAC	DS13	4,48	28,80
6) Traitement de la nécrose pulpaire avec écoulement purulent par drainage	DS25	5,15	33,10
7) Anesthésie intrapulpaire	DS23	2,74	17,60
8) Médication intracanaire - DSD	DS26	4,48	28,80
9) Dépose d'instrument endodontique fracturé - DSD	DS53	12,20	78,40

REMARQUES:

- 1) Les codes DS10, DS11, DS12 (positions 1, 2 et 3) ne peuvent être mis en compte qu'une fois par dent.
- 2) Le code DS24 (position 4) peut être mis en compte au maximum une fois pour une incisive, une fois pour une canine, deux fois pour une prémolaire et deux fois pour une molaire.
- 3) Le code DS13 (position 5) ne peut être mis en compte qu'une fois par dent lors d'une même séance et n'est pas cumulable avec les codes DS10, DS11, DS12, DS14, DS15, DS16, DS25 ou DS26 sur une même dent lors d'une même séance.

Section 5 - Restauration des tissus durs de la dent : comprend l'exérèse de lésion carieuse de dent

1) Apexification / fermeture d'une perforation - DSD	DS27	7,39	47,50
2) Obturation par dent, une face	DS14	7,39	47,50
3) Obturation provisoire par dent, une face	DS84	7,39	47,50
4) Obturation portant sur deux faces d'une dent	DS15	9,30	59,70
5) Obturation provisoire portant sur deux faces d'une dent	DS85	9,30	59,70
6) Obturation par dent portant sur trois faces ou plus	DS16	10,47	67,30
7) Obturation provisoire par dent portant sur trois faces ou plus	DS86	10,47	67,30
8) Désobturation endodontique 1 canal - DSD	DS41	6,16	39,60
9) Désobturation endodontique 2 canaux - DSD	DS42	12,32	79,10
10) Désobturation endodontique 3 canaux - DSD	DS43	18,48	118,70
11) Désobturation endodontique par canal et par canal surnuméraire ou atypique (maximum 5 canaux par dent) - DSD	DS44	6,16	39,60
12) Reconstitution large d'une dent sur pivot - DSD	DS18	14,84	95,30
13) Reconstitution d'un angle en résine sur le groupe incisivo-canin - DSD	DS19	10,47	67,30
14) Anesthésie locale	DS20	2,18	14,00
15) Anesthésie régionale	DS21	3,64	23,40

	Code	Coeff.	Tarif
16) Cautérisation	DS22	3,14	20,20
17) Digue (pour soins, endodontie...) - DSD	DS45	2,19	14,10
18) Reconstruction coronaire en vue d'un traitement endodontique	DS46	10,47	67,30
19) Diagnostic intradentaire ou intracanalair - DSD	DS47	12,20	78,40
20) Ouverture de la chambre pulpaire dans le cas d'une pulpite	DS48	6,10	39,20
21) Ouverture de la chambre pulpaire simple	DS49	4,48	28,80
22) Ouverture de la chambre pulpaire complexe (calcification, pulpolithe) - DSD	DS50	6,10	39,20
23) Aurification - DSD	DS33	10,47	67,30
24) Inlay, une face - DSD	DS34	7,39	47,50
25) Inlay portant sur deux faces d'une dent - DSD	DS35	9,30	59,70
26) Inlay portant sur trois faces ou onlay, par dent - DSD	DS36	10,47	67,30

REMARQUES:

- 1) Les codes DS41 à DS44 (positions 8 à 11) peuvent être mis en compte au maximum une fois pour une incisive, une fois pour une canine, deux fois pour une prémolaire et cinq fois pour une molaire.
- 2) Les codes DS20 et DS21 (positions 14 et 15) ne sont pas cumulables avec des actes techniques majorés de 15% par l'ajout de la lettre « L » prévue à l'article 12 relatif aux dispositions particulières à l'anesthésie locale ou régionale.
- 3) Les codes DS48 à DS50 (positions 20 à 22) ne peuvent être mis en compte qu'une fois par dent lors d'une même séance.
- 4) Les codes DS41, DS42 et DS43 (positions 8 à 10) ne sont pas cumulables entre eux sur une même dent lors d'une même séance.
- 5) Le code DS18 (position 12) n'est pas cumulable avec les codes DS14, DS84, DS15, DS85, DS16, DS86 ou DS19 sur une même dent lors d'une même séance.
- 6) Le code DS19 (position 13) ne peut être mis en compte au maximum que deux fois sur une même dent lors d'une même séance.
- 7) Les codes DS22 (position 16) et DS96 ne sont pas cumulables sur une même dent lors d'une même séance.
- 8) Le code DS47 (position 19) ne peut être mis en compte que si le traitement radiculaire est non réalisable (fêlure, fissure ou fracture, dent non récupérable endodontiquement).
- 9) Le code DS47 (position 19) n'est pas cumulable avec les codes DS10, DS11, DS12, DS13, DS24, DS25 sur une même dent lors d'une même séance.
- 10) Les codes DS48 à DS50 (positions 20 à 22) ne sont pas cumulables entre eux sur une même dent lors d'une même séance.

Chapitre 2 - Avulsions dentaires

1) Extraction simple d'une dent monoradiculaire ou d'une dent pluriradiculaire supérieure	DS61	3,64	23,40
2) Extraction simple d'une molaire inférieure	DS62	4,48	28,80
3) Extraction d'une dent au cours d'accidents cellulaires ou osseux, groupe incisivo-canin, prémolaires, molaires supérieures	DS63	4,48	28,80
4) Extraction d'une dent au cours d'accidents cellulaires ou osseux, molaires inférieures	DS64	6,10	39,20
5) Extraction simple des racines d'une dent mono-ou pluriradiculaire	DS65	3,64	23,40
6) Extraction des racines d'une dent par morcellement	DS66	7,39	47,50
7) Extraction des racines d'une dent avec alvéolectomie	DS67	11,76	75,50
8) Extraction d'une dent en malposition	DS68	7,39	47,50
9) Tamponnement d'une ou plusieurs alvéoles pour hémorragie post-opératoire, dans une séance ultérieure, par séance	DS71	3,64	23,40
10) Traitement d'alvéolite consécutive à une ou plusieurs extractions, par séance	DS72	3,14	20,20
11) Résection des bords alvéolaires après extractions multiples	DS73	4,48	28,80
12) Suture gingivale avec ou sans résection partielle d'une crête alvéolaire	DS74	7,39	47,50
13) Suture gingivale étendue à un hémimaxillaire ou à un bloc incisivo-canin avec ou sans résection d'une crête alvéolaire	DS75	22,90	147,10
14) Enucléation chirurgicale d'un kyste de petit volume	DS76	11,93	76,60
15) Cure d'un kyste par marsupialisation	DS77	5,99	38,50
16) Excision d'un cal fibreux	DS78	16,13	103,60
17) Frais de matériel en cas de suture	DS79M	3,92	25,20

REMARQUES:

- 1) Les codes DS61, DS62, DS65 et DS75 (positions 1, 2, 5 et 13) sont cumulables uniquement en cas d'extractions multiples étendues à un hémimaxillaire ou à un bloc incisivo-canin.
- 2) Le code DS71 (position 9) n'est pas cumulable avec les codes DS61, DS62, DS63, DS64, DS65, DS66, DS67, DS68, DS69, DS70, DS72, DS76, DS77, DS78, DS88, DS89, DS90, DS91, DS92, DS93, DS94 et DS95 sur une même dent lors d'une même séance.
- 3) Le code DS72 (position 10) n'est pas cumulable avec les codes DS61, DS62, DS63, DS64, DS65, DS66, DS67, DS68, DS69, DS70, DS71, DS76, DS77, DS78, DS88, DS89, DS90, DS91, DS92, DS93, DS94 et DS95 sur une même dent lors d'une même séance.
- 4) Le code DS73 (position 11) ne peut être mis en compte que sur une même héli-arcade ou de canine à canine.
- 5) Le code DS75 (position 13) ne peut pas être mis en compte en cas d'extraction d'une seule dent.
- 6) Le code DS76 (position 14) n'est pas cumulable avec le code DS96 sur une même dent.

<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif</u>
-------------	---------------	--------------

Chapitre 3 - Extractions chirurgicales

- | | | | |
|--|------|-------|--------|
| 1) Prémolarisation d'une molaire - DSD | DS69 | 7,39 | 47,50 |
| 2) Hémisection radiculaire - DSD | DS70 | 7,39 | 47,50 |
| 3) Extraction chirurgicale d'une dent incluse ou enclavée | DS88 | 37,02 | 237,80 |
| 4) Extraction chirurgicale d'une canine incluse | DS89 | 46,54 | 298,90 |
| 5) Extraction chirurgicale d'odontoïdes ou de dents surnuméraires inclus ou enclavés, germectomie | DS90 | 37,02 | 237,80 |
| 6) Extraction chirurgicale d'une dent incluse ou enclavée au cours d'accidents inflammatoires | DS91 | 52,53 | 337,40 |
| 7) Extraction chirurgicale d'une dent en désinclusion, non enclavée, dont la couronne est sous-muqueuse | DS92 | 15,51 | 99,60 |
| 8) Extraction chirurgicale d'une dent ectopique et incluse (coroné, gonion, branche montante, bord basilaire de la branche montante et du menton, sinus) | DS93 | 77,34 | 496,80 |
| 9) Extraction par voie alvéolaire d'une racine refoulée dans le sinus | DS94 | 11,09 | 71,20 |
| 10) Lavage du sinus maxillaire par voie alvéolaire | DS95 | 3,64 | 23,40 |
| 11) Curetage alvéolaire, granulectomie, esquillectomie | DS96 | 3,64 | 23,40 |

REMARQUES:

- 1) Le code DS69 (position 1) ne peut être mis en compte que pour une molaire.
- 2) Le code DS69 (position 1) n'est pas cumulable avec le code DS70 (position 2) sur une même dent lors d'une même séance.
- 3) Le code DS96 (position 11) ne peut être mis en compte en cas de dent de lait.

Chapitre 4 - Pose d'implant(s) osseux sur le crâne et la face

Section 1 - Actes préimplantaires

- | | | | |
|---|------|-------|--------|
| 1) Pose d'une plaque base résine pour guide radiologique préimplantaire dentaire par arcade - DSD | DB95 | 26,20 | 168,30 |
| 2) Pose d'une plaque base résine pour guide chirurgical préimplantaire dentaire, par arcade - DSD | DB96 | 17,59 | 113,00 |

Section 2 - Pose d'implant chez l'adulte

- | | | | |
|--|------|-------|--------|
| 1) Pose d'un implant intraosseux intrabuccal, chez l'adulte, par implant - DSD | DB97 | 78,92 | 506,90 |
|--|------|-------|--------|

Section 3 - Dégagement et activation chez l'adulte

- | | | | |
|--|------|-------|--------|
| 1) Dégagement et activation d'un implant intraosseux intrabuccal, chez l'adulte, par implant | DB98 | 16,41 | 105,40 |
|--|------|-------|--------|

REMARQUE:

Les codes du présent chapitre ne peuvent être mis en compte que si les conditions cumulatives suivantes sont remplies:

- en cas de présence d'un certificat médical attestant l'indication d'une des deux maladies rares énumérées ci-après : oligodontie (agénésie d'au moins 6 dents permanentes par arcade, non compris les dents de sagesse) ou anodontie (absence de toutes les dents) ;
- dès l'âge de 18 ans, ou après la croissance, par des implants maxillaires et mandibulaires si indications ;
- avec, au maximum, huit implants par arcade.

Chapitre 5 - Prothèse dentaire adjointe

- | | | | |
|--|------|-------|--------|
| 1) Plaque base en résine synthétique | DA11 | 34,30 | 220,30 |
| 2) Plaque base en résine injectée ou plaque renforcée ou plaque coulée - DSD+ACM | DA12 | 34,30 | 220,30 |
| 3) Prothèse à squelette en métal non précieux - DSD+ACM | DA13 | 34,30 | 220,30 |
| 4) Plaque base en résine injectée, ou plaque renforcée, ou plaque coulée pour prothèse amovible provisoire - DSD | DA14 | 34,30 | 220,30 |
| 5) Empreinte par porte-empreinte individuel | DA21 | 8,30 | 53,30 |
| 6) Empreinte fonctionnelle, open mouth technic | DA22 | 27,55 | 177,00 |
| 7) Empreinte fonctionnelle, closed mouth technic - DSD+ACM | DA23 | 27,55 | 177,00 |
| 8) Dent prothétique | DA31 | 8,30 | 53,30 |
| 9) Dent contreplaquée (métal non précieux) | DA32 | 13,85 | 89,00 |
| 10) Facette or - DSD+ACM | DA33 | 8,30 | 53,30 |
| 11) Rétention par zone de décharge | DA35 | 5,45 | 35,00 |
| 12) Rétention par succion | DA36 | 8,30 | 53,30 |
| 13) Rétention par pesanteur, aimants, ressorts, implants ou résine molle - DSD+ACM | DA37 | 8,30 | 53,30 |
| 14) Ancienne dent remontée sur nouvelle base, par dent | DA41 | 6,60 | 42,40 |
| 15) Crochet simple, métal non précieux | DA42 | 8,80 | 56,50 |
| 16) Crochet de type compliqué, métal non précieux - DSD+ACM | DA43 | 8,80 | 56,50 |
| 17) Crochet de prothèse squelettique - DSD+ACM | DA44 | 8,80 | 56,50 |
| 18) Attachements - DSD+ACM | DA45 | 8,80 | 56,50 |
| 19) Réparation de fracture sur plaque base en matière plastique | DA51 | 11,00 | 70,70 |
| 20) Réparation de fracture sur plaque base en matière métallique (remontage en plus) - DSD | DA52 | 11,00 | 70,70 |
| 21) Réparation avec remplacement d'une dent artificielle cassée, d'un crochet ou d'une succion | DA53 | 11,00 | 70,70 |
| 22) Réparation avec remplacement de dents artificielles cassées, de crochets ou suctions, les suivantes, par unité | DA54 | 5,45 | 35,00 |
| 23) Adjonction d'une dent après empreinte | DA61 | 15,40 | 98,90 |

	Code	Coeff.	Tarif
24) Adjonction de dents après empreinte, à partir de la deuxième dent, par dent	DA62	8,30	53,30
25) Adjonction d'un crochet simple après empreinte	DA63	16,55	106,30
26) Adjonction d'un crochet compliqué après empreinte - DSD	DA64	16,55	106,30
27) Remontage d'une dent prothétique	DA71	11,00	70,70
28) Remontage de dents prothétiques, à partir de la deuxième dent, par dent	DA72	5,45	35,00
29) Remontage par crochet	DA73	11,00	70,70
30) Rebasage partiel	DA74	16,95	108,90
31) Rebasage total	DA75	34,30	220,30
<u>Chapitre 6 - Traitement non terminé pour prothèse adjointe</u>			
1) Empreinte par maxillaire	DA91	5,45	35,00
2) Empreinte individuelle par maxillaire	DA92	8,30	53,30
3) Empreinte fonctionnelle par maxillaire, open mouth technic	DA93	27,55	177,00
4) Empreinte fonctionnelle par maxillaire, closed mouth technic - DSD+ACM	DA94	27,55	177,00
5) Articulé	DA95	11,00	70,70
6) Essayage par maxillaire	DA96	8,30	53,30
<u>Chapitre 7 - Prothèse conjointe</u>			
1) Couronne provisoire - DSD (par dent)	DB13	14,84	95,30
2) Couronne coulée	DB21	44,15	283,60
3) Couronne à facette - DSD+ACM	DB23	44,15	283,60
4) Couronne trois quarts	DB24	49,70	319,20
5) Couronne télescopique servant d'ancrage à une prothèse adjointe - DSD+ACM	DB25	52,95	340,10
6) Articulation, glissière ou construction similaire incorporée à une couronne ou un inlay servant d'ancrage à une prothèse adjointe - DSD+ACM	DB26	8,80	56,50
7) Inlay servant de pilier de bridge - DSD+ACM	DB28	13,25	85,10
8) Dent à pivot avec anneau radulaire (genre Richmond)	DB29	55,20	354,60
9) Dent à pivot en porcelaine ou résine massive (genre Davis)	DB30	38,65	248,30
10) Reconstitution sur inlay-pivot par couronne - DSD+ACM	DB31	13,25	85,10
11) Couronne jacket en résine	DB32	55,20	354,60
12) Couronne jacket en porcelaine - DSD+ACM	DB33	55,20	354,60
13) Rescellement d'une couronne, d'un inlay, d'une dent à pivot, d'une facette ou d'un bridge; par élément scellé	DB34	6,10	39,20
14) Descellement d'une couronne, d'une facette ou d'un bridge; par élément scellé	DB35	5,45	35,00
15) Descellement d'une dent à pivot ou d'un pivot radulaire cassé - DSD	DB36	5,45	35,00
16) Réparation d'une prothèse conjointe, descellement et rescellement non compris - DSD	DB37	8,80	56,50
17) Remplacement d'une facette, scellement compris	DB38	13,85	89,00
18) Élément de bridge provisoire - DSD	DB17	14,84	95,30
19) Élément de bridge céramo-métallique - DSD+ACM	DB47	38,65	248,30
20) Élément de bridge barre (spring bridge)	DB48	38,65	248,30
21) Élément de bridge en métal massif	DB49	38,65	248,30
22) Élément de bridge en résine	DB50	38,65	248,30
23) Élément de bridge à facette ou dent à tube	DB51	38,65	248,30
24) Trépanation d'une couronne prothétique - DSD	DB10	5,45	35,00
25) Section d'une couronne, d'un bridge ou de couronnes solidarisées - par site de section - DSD	DB52	5,45	35,00
26) Dépose d'un inlay-core ou clavette pour accès canalaire - DSD	DB53	5,45	35,00
27) Dépose de vis ou tenon radulaire pour accès canalaire - DSD	DB54	5,45	35,00
<u>Chapitre 8 - Traitement non terminé pour prothèse conjointe</u>			
1) Décorticage pour couronne simple	DB91	12,20	78,40
2) Décorticage pour couronne jacket	DB92	22,05	141,60
3) Préparation pour dent à pivot	DB93	12,20	78,40
<u>Chapitre 9 - Orthodontie</u>			
1) Moulages d'orthodontie fournis à la caisse	DT10	5,65	36,30
2) Examen de la position des dents avec moulages	DT11	13,85	89,00
3) Traitement de la malposition des dents par appareils divers, avant le début du traitement actif	DT21	71,85	461,50
4) Traitement de la malposition des dents par plan incliné concernant plus de deux dents, avant le début du traitement actif	DT22	84,40	542,10
5) Réduction de l'espace interdentaire par ligature ou par traction	DT23	84,40	542,10
6a) Traitement orthodontique, par appareil mobile, commencé avant l'âge de 17ans, première période de 6 mois, au placement de l'appareil - ACM	DT31	83,45	536,00
6b) Traitement orthodontique, par appareil mobile, commencé avant l'âge de 17 ans, première période de 6 mois, à la fin de cette période - ACM	DT32	83,40	535,70
7) Traitement orthodontique, par appareil mobile, deuxième période de 9 mois, à la fin de cette période - ACM	DT33	104,85	673,50
8a) Traitement orthodontique, par appareil mobile, nécessitant plusieurs moulages et appareils par asynchronisme important des rythmes évolutifs des dents et du squelette, troisième période; au 21e mois du traitement - ACM	DT34	94,50	607,00

	Code	Coeff.	Tarif
8b) Traitement orthodontique, par appareil mobile, nécessitant plusieurs moulages et appareils par asynchronisme important des rythmes évolutifs des dents et du squelette, troisième période; à la fin du traitement actif ou au 27e mois du traitement - ACM	DT35	94,45	606,70
9) Traitement orthodontique, par appareil mobile, pour fente labiale ou labio-maxillaire commencé avant l'âge de 17ans, forfait annuel, à la fin de la période annuelle - APCM	DT36	200,00	1284,60
10a) Traitement orthodontique, par appareil fixe, commencé avant l'âge de 17 ans, première période de 6 mois, au placement de l'appareil - DSD+ ACM	DT41	83,45	536,00
10b) Traitement orthodontique, par appareil fixe, commencé avant l'âge de 17ans, première période de 6 mois, à la fin de cette période - DSD+ ACM	DT42	83,40	535,70
11) Traitement orthodontique, par appareil fixe, deuxième période de 9 mois, à la fin de cette période - DSD + ACM	DT43	104,85	673,50
12a) Traitement orthodontique, par appareil fixe, nécessitant plusieurs moulages et appareils par asynchronisme important des rythmes évolutifs des dents et du squelette, troisième période; au 21e mois du traitement - DSD + ACM	DT44	94,50	607,00
12b) Traitement orthodontique, par appareil fixe, nécessitant plusieurs moulages et appareils par asynchronisme important des rythmes évolutifs des dents et du squelette, troisième période; à la fin du traitement actif ou au 27e mois du traitement - DSD + ACM	DT45	94,45	606,70
13) Traitement orthodontique, par appareil fixe, pour fente labiale ou labio-maxillaire commencé avant l'âge de 17 ans, forfait annuel, à la fin de la période annuelle - APCM	DT46	200,00	1284,60
14) Contention d'un groupe de dents à hémiarcade après traitement orthodontique	DT61	66,15	424,90
15) Contention d'une arcade complète après traitement orthodontique	DT62	110,40	709,10

REMARQUE:

Dès que les codes DT61 ou DT62 (positions 14 et 15) ont été mis en compte, les codes DT10 à DT46 (positions 1 à 13) ne peuvent plus être mis en compte.

Chapitre 10 - Radiodiagnostic

1) Radiographie dentaire, film et location d'appareil compris, première radiographie - CAC	DN11	5,45	35,00
2) Radiographie dentaire, film et location d'appareil compris, radiographies suivantes, par film	DN12	2,80	18,00
3) Téléradiographie de la face (face ou profil) avec mesure céphalométrique, par cliché	DN13	4,30	27,60
4) Location d'appareil	DN13X	7,65	49,10
5) Orthopantomographie	DN14	5,80	37,30
6) Location d'appareil	DN14X	7,65	49,10
7) Radiographie volumique par faisceau conique [cone beam computerized tomography, CBCT] du maxillaire, de la mandibule et/ou d'arcade dentaire - DSD	DN50	20,56	132,10
8) Radiographie d'une articulation temporo-mandibulaire	DN15	12,00	77,10
9) Location d'appareil	DN15X	7,65	49,10
10) Film 9/13	DN20M	0,85	5,50
11) Film 12/30 à 15/34	DN25M	1,20	7,70
12) Film 18/24	DN30M	1,30	8,40
13) Film 24/30	DN40M	1,80	11,60

REMARQUES:

1) Les codes DN11 et DN12 (positions 1 et 2) ne peuvent être mis en compte qu'au cours d'une même séance.

2) Le code DN50 (position 7) est indiqué pour l'évaluation diagnostique ou préopératoire d'une atypie anatomique en endodontie, d'une pathologie maxillo-mandibulaire ou dento-alvéolaire, ou d'une pathologie osseuse de l'articulation temporo-mandibulaire lorsque les informations indispensables n'ont pas été apportées par l'examen clinique et la radiographie.

Le code DN50 (position 7) ne peut pas être mis en compte lors du bilan implantaire ou de la pose d'implant intrabuccal, sauf en cas d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare ou de séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires.

Chapitre 11 - Prestations réservées à l'assurance accident

1) Reconstitution large d'une dent sur pivot - DSD	DW18	14,85	95,40
2) Reconstitution d'un angle en résine sur le groupe incisivo-canin - DSD	DW19	26,14	167,90
3) Prothèse à squelette en métal non précieux - DSD + ACM	DW20	106,93	686,80
4) Crochet de type compliqué, métal non précieux - DSD + ACM	DW21	11,88	76,30
5) Couronne à facette - DSD + ACM	DW23	112,87	725,00
6) Couronne télescopique servant d'ancrage à une prothèse adjointe - DSD + ACM	DW25	93,26	599,00
7) Inlay servant de pilier de bridge - DSD + ACM	DW28	20,20	129,70
8) Reconstitution sur inlay-pivot par couronne - DSD + ACM	DW31	20,20	129,70

Modifications portées au règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie (Mémorial A – N°118 du 30.12.1998, p. 3132)

Règlement grand-ducal du 1er août 2001 relatif au basculement en euro le 1er janvier 2002 et modifiant certaines dispositions réglementaires
(Mémorial A – N°117 du 18.09.2001, p. 2449)

Règlement grand-ducal du 14 décembre 2001 modifiant le règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°151 du 27.12.2001, p. 3281)

Règlement grand-ducal du 28 novembre 2003 modifiant
1) le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins
2) le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes
(Mémorial A – N°177 du 12.12.2003, p. 3588)

Règlement grand-ducal du 18 août 2011 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie et le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°195 du 12.09.2011, p. 3548)

Règlement grand-ducal du 6 décembre 2017 modifiant les règlements grand-ducaux modifiés du 21 décembre 1998 arrêtant les nomenclatures des actes et services des médecins et médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°1033 du 07.12.2017, p. 1)

Règlement grand-ducal du 18 mars 2020 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°168 du 19.03.2020, p. 1)

Règlement grand-ducal du 30 mars 2020 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°213 du 30.03.2020, p. 1)

Règlement grand-ducal du 17 avril 2020 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°299 du 17.04.2020, p. 1)

Règlement grand-ducal du 22 décembre 2023 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°873 du 28.12.2023, p. 1)

Règlement grand-ducal du 11 septembre 2024 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°399 du 20.09.2024, p. 1)

Règlement grand-ducal du 13 février 2025 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°48 du 17.02.2025, p. 1)