



LE PANIER DE SOINS , tarifs applicables aux bénéficiaires de l'ACS couverts par un contrat A,B,C

Prise en charge des restaurations et des prothèses dentaires



mise à jour du 2/10/2017

Le contrat A prend en charge 125 % du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale.

Le contrat B prend en charge 225 % du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale.

Le contrat C prend en charge 300 % du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale.

07.02.02.05 RESTAURATION DES TISSUS DURS DE LA DENT

CODE	Intitulé	Tarif de responsabilité	Maximun Autorisé en €	Prise en charge assurance maladie + complémentaire santé contrat A	prise en charge assurance maladie + complémentaire santé contrat B	prise en charge assurance maladie + complémentaire santé contrat C
HBMD 055 [N]	Restauration d'une dent sur 3 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] (ZZLP025, HBQK061)	40,97	250	51,21	92,18	122,91

07.02.03 SOINS PROTHÉTIQUES - PROTHÈSES DENTAIRES

La pose d'une prothèse dentaire inclut sa conception, sa réalisation, son adaptation et sa pose.

Facturation : la durée d'usage des prothèses dentaires n'est pas limitée ; la prise en charge du renouvellement des prothèses dentaires est subordonnée à l'usure des appareils ou des dents ou à des modifications morphologiques de la bouche.

07.02.03.01 POSE D'INFRASTRUCTURE CORONAIRE [FAUX MOIGNON]

CODE	Intitulé	Tarif de responsabilité	Maximun Autorisé en €	prise en charge assurance maladie + complémentaire santé contrat A	prise en charge assurance maladie + complémentaire santé contrat B	prise en charge assurance maladie + complémentaire santé contrat C
HBLD 007	Pose d'une infrastructure coronaradiculaire sans clavette sur une dent [Inlay core] <i>Facturation : limitée à l'infrastructure coronaradiculaire métallique coulée</i>	122,55	129,8	129,8	129,8	129,8
HBLD 261	Pose d'une infrastructure coronaradiculaire avec clavette sur une dent [Inlay core à clavette] <i>Facturation: limitée à l'infrastructure corono radriculaire métallique coulée</i>	144,05	153,4	153,4	153,4	153,4

07.02.03.02 POSE D'UNE COURONNE DENTAIRE PROTHETIQUE

CODE	Intitulé	Tarif de responsabilité	Maximun Autorisé en €	prise en charge assurance maladie + complémentaire santé contrat A	prise en charge assurance maladie + complémentaire santé contrat B	prise en charge assurance maladie + complémentaire santé contrat C
HBLD 038	Pose d'une couronne dentaire dentoportée métallique	107,50	250	134,38	241,88	250
HBLD 036	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique ou en équivalents minéraux. - hors couronnes dentaires céramocéramiques - couronnes dentaires céramométalliques : uniquement pour incisives, canines et premières prémolaires	107,50	410	134,38	241,88	322,5

07.02.03.03 POSE DE PROTHÈSE DENTAIRE AMOVIBLE

CODE	Intitulé	Tarif de responsabilité	Maximun Autorisé en €	Prise en charge assurance maladie + complémentaire santé contrat A	Prise en charge assurance maladie + complémentaire santé contrat B	Prise en charge assurance maladie + complémentaire santé contrat C
HBLD 364	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 1 à 3 dents (YYYY176, YYYY275, YYYY246)	64,50	68,72	68,72	68,72	68,72
HBLD 476	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine comportant 4 dents (YYYY176, YYYY275, YYYY246, YYYY478)	75,25	80,18	80,18	80,18	80,18
HBLD 224	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 5 dents (YYYY176, YYYY275, YYYY246, YYYY478, YYYY426)	86,00	91,63	91,63	91,63	91,63
HBLD 371	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 6 dents (YYYY176, YYYY275, YYYY246, YYYY478, YYYY426, YYYY389)	96,75	103,09	103,09	103,09	103,09
HBLD 123	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 7 dents (YYYY176, YYYY275, YYYY246, YYYY478, YYYY426, YYYY389)	107,50	114,54	114,54	114,54	114,54
HBLD 270	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 8 dents (YYYY176, YYYY275, YYYY246, YYYY478, YYYY426, YYYY389)	118,25	126	126	126	126

HBLD 101	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 9 dents (YYYY176, YYYY275, YYYY246, YYYY478, YYYY426, YYYY389)	129,00	479,98	161,25	290,25	387
HBLD 138	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 10 dents (YYYY176, YYYY275, YYYY246, YYYY478, YYYY426, YYYY389)	139,75	478,57	174,69	314,44	419,25
HBLD 083	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 11 dents (YYYY176, YYYY275, YYYY246, YYYY478, YYYY426, YYYY389)	150,50	570	188,13	338,63	451,5
HBLD 370	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 12 dents (YYYY176, YYYY275, YYYY246, YYYY478, YYYY426, YYYY389)	161,25	570	201,56	362,81	483,75
HBLD 349	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 13 dents (YYYY176, YYYY275, YYYY246, YYYY478, YYYY426, YYYY389)	172,00	570	215	387	516
HBLD 031	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine (YYYY176, YYYY275, YYYY246, YYYY478, YYYY426, YYYY389)	182,75	728,05	228,44	411,19	548,25
HBLD 035	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à plaque base résine (YYYY176, YYYY275, YYYY246, YYYY478, YYYY426, YYYY389)	365,50	1456,1	456,88	822,38	1096,5
HBLD 131	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 1 à 3 dents (YYYY159, YYYY329, YYYY258)	193,5	556,37	241,88	435,38	556,37
HBLD 332	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 4 dents (YYYY159, YYYY329, YYYY258, YYYY259)	204,25	715	255,31	459,56	612,75
HBLD 452	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 5 dents (YYYY159, YYYY329, YYYY258, YYYY259, YYYY440)	215	715	268,75	483,75	645
HBLD 474	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 6 dents (YYYY159, YYYY329, YYYY258, YYYY259, YYYY440, YYYY447)	225,75	715	282,19	507,94	677,25

HBLD 075	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 7 dents (YYYY159, YYYY329, YYYY258, YYYY259, YYYY440, YYYY447, YYYY142)	236,50	750	295,63	532,13	709,5
HBLD 470	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 8 dents (YYYY159, YYYY329, YYYY258, YYYY259, YYYY440, YYYY447, YYYY142, YYYY158)	247,25	750	309,06	556,31	741,75
HBLD 435	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 9 dents (YYYY159, YYYY329, YYYY258, YYYY259, YYYY440, YYYY447, YYYY142, YYYY158, YYYY476)	258,00	750	322,5	580,5	750
HBLD 079	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 10 dents (YYYY159, YYYY329, YYYY258, YYYY259, YYYY440, YYYY447, YYYY142, YYYY158, YYYY476, YYYY079)	268,75	750	335,94	604,69	750
HBLD 203	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 11 dents (YYYY159, YYYY329, YYYY258, YYYY259, YYYY440, YYYY447, YYYY142, YYYY158, YYYY476, YYYY079, YYYY184)	279,50	850	359,38	628,88	838,5
HBLD 112	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 12 dents (YYYY159, YYYY329, YYYY258, YYYY259, YYYY440, YYYY447, YYYY142, YYYY158, YYYY476, YYYY079, YYYY184, YYYY284)	290,25	850	362,81	653,06	850
HBLD 308	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 13 dents (YYYY159, YYYY329, YYYY258, YYYY259, YYYY440, YYYY447, YYYY142, YYYY158, YYYY476, YYYY079, YYYY184, YYYY284, YYYY236)	301,00	850	376,25	677,25	850
HBLD 047	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique (YYYY159, YYYY329, YYYY258, YYYY259, YYYY440, YYYY447, YYYY142, YYYY158, YYYY476, YYYY079, YYYY184, YYYY284, YYYY236, YYYY353)	311,75	1056,64	389,69	701,44	935,25
HBLD 046	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à châssis Métallique (YYYY159, YYYY329, YYYY258, YYYY259, YYYY440, YYYY447, YYYY142, YYYY158, YYYY476, YYYY079, YYYY184, YYYY284, YYYY236, YYYY353)	623,50	2113,28	779,38	1402,88	1870,5

HBLD 048	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine et d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique (YYY17 6, YYY275, YYY246, YYY478, YYY426, YYY389, YYY159, YYY329, YYY258, YYY259, YYY440, YYY447, YYY142, YYY158, YYY476, YYY079, YYY184, YYY284, YYY236, YYY353)	494,50	1784,69	618,13	1112,63	1483,5
----------	---	--------	---------	--------	---------	--------

07.02.03.04 POSE DE PROTHESE FIXEE DENTOPORTEE OU IMPLANTOPORTEE

CODE	Intitulé	Tarif de responsabilité	Maximun Autorisé en €	prise en charge assurance maladie + complémentaire santé contrat A	prise en charge assurance maladie + complémentaire santé contrat B	prise en charge assurance maladie + complémentaire santé contrat C
HBLD 040	<p>Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant un pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux, et 1 élément intermédiaire métallique</p> <p>- hors éléments dentaires céramocéramiques - éléments céramométalliques : uniquement pour incisives, canines et premières prémolaires</p>	279,50	916,5	349,38	628,88	838,5
HBLD 043	<p>Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux, et 1 élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux, et 1 élément intermédiaire métallique</p> <p>- hors éléments dentaires céramocéramiques - éléments céramométalliques : uniquement pour incisives, canines et premières prémolaires</p>	279,50	1082,78	349,38	628,88	838,5
HBLD 033	<p>Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage métalliques et 1 élément intermédiaire métallique</p>	279,50	750,23	349,38	628,88	750,23
HBLD 023	<p>Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques ou en équivalents minéraux et 1 élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux</p> <p>- hors éléments dentaires céramocéramiques - éléments céramométalliques : uniquement pour incisives, canines et premières prémolaires</p>	279,50	1235,76	349,38	628,88	838,5

07.02.03.05 ADJONCTION OU CHANGEMENT D'ELEMENT DE PROTHESE DENTAIRE

CODE	Intitulé	Tarif de responsabilité	Maximun Autorisé en €	prise en charge assurance maladie + complémentaire santé contrat A	prise en charge assurance maladie + complémentaire santé contrat B	prise en charge assurance maladie + complémentaire santé contrat C
HBMD 017	Adjonction ou changement de 1 élément d'une prothèse dentaire amovible	21,25	73,32	26,88	48,38	64,5
HBMD 114	Adjonction ou changement de 2 éléments d'une prothèse dentaire amovible	32,25	109	40,31	72,56	96,75
HBMD 322	Adjonction ou changement de 3 éléments d'une prothèse dentaire amovible	43,00	144,02	53,75	96,75	129
HBMD 404	Adjonction ou changement de 4 éléments d'une prothèse dentaire amovible	53,75	179,04	67,19	120,94	161,25
HBMD 245	Adjonction ou changement de 5 éléments d'une prothèse dentaire amovible	64,50	214,06	80,63	145,13	193,5
HBMD 198	Adjonction ou changement de 6 éléments d'une prothèse dentaire amovible	75,25	250,39	94,06	169,31	225,75
HBMD 373	Adjonction ou changement de 7 éléments d'une prothèse dentaire amovible	86,00	286,72	107,5	193,5	258
HBMD 228	Adjonction ou changement de 8 éléments d'une prothèse dentaire amovible	96,75	323,06	120,94	217,69	290,25
HBMD 286	Adjonction ou changement de 9 éléments d'une prothèse dentaire amovible	107,50	359,39	134,38	241,88	322,5
HBMD 329	Adjonction ou changement de 10 éléments d'une prothèse dentaire amovible	118,25	395,72	147,81	266,06	354,75
HBMD 226	Adjonction ou changement de 11 éléments d'une prothèse dentaire amovible	129,00	430,93	161,25	290,25	387
HBMD 387	Adjonction ou changement de 12 éléments d'une prothèse dentaire amovible	139,75	468,38	174,69	314,44	419,25
HBMD 134	Adjonction ou changement de 13 éléments d'une prothèse dentaire amovible	150,50	504,71	188,13	338,63	451,5
HBMD 174	Adjonction ou changement de 14 éléments d'une prothèse dentaire amovible	161,25	541,05	201,56	362,81	483,75
HBKD 396	Changement d'1 facette d'une prothèse dentaire amovible	17,20	21,71	21,5	21,71	21,71
HBKD 431	Changement de 2 facettes d'une prothèse dentaire amovible	34,40	43,41	43	43,41	43,41
HBKD 300	Changement de 3 facettes d'une prothèse dentaire amovible	51,60	65,12	64,5	65,12	65,12
HBKD 212	Changement de 4 facettes d'une prothèse dentaire amovible	68,80	84,12	84,12	84,12	84,12
HBKD 462	Changement de 5 facettes d'une prothèse dentaire amovible	86,00	105,15	105,15	105,15	105,15
HBKD 213	Changement de 6 facettes d'une prothèse dentaire amovible	103,20	126,18	126,18	126,18	126,18
HBKD 140	Changement de 7 facettes d'une prothèse dentaire amovible	120,40	151,94	150,5	151,94	151,94
HBKD 244	Changement de 8 facettes d'une prothèse dentaire amovible	137,60	173,65	172	173,65	173,65

07.02.03.06 ADJONCTION OU CHANGEMENT D'ÉLÉMENT SOUDÉ DE PROTHÈSE DENTAIRE

Par élément soudé, on entend : dent contreplaquée, massive ou crochet soudé.

CODE	Intitulé	Tarif de responsabilité	Maximun Autorisé	prise en charge assurance maladie + complémentaire santé contrat A	prise en charge assurance maladie + complémentaire santé contrat B	prise en charge assurance maladie + complémentaire santé contrat C
HBMD 249	Adjonction ou changement d'1 élément soudé d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	43,00	52,58	52,58	52,58	52,58
HBMD 292	Adjonction ou changement de 2 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	86,00	92,27	92,27	92,27	92,27
HBMD 188	Adjonction ou changement de 3 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	129,00	142,52	142,52	142,52	142,52
HBMD 432	Adjonction ou changement de 4 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	172,00	187,77	187,77	187,77	187,77
HBMD 283	Adjonction ou changement de 5 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	215,00	231,9	231,9	231,9	231,9
HBMD 439	Adjonction ou changement de 6 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	258,00	274,9	274,9	274,9	274,9
HBMD 425	Adjonction ou changement de 7 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	301,00	320,72	320,72	320,72	320,72
HBMD 444	Adjonction ou changement de 8 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	344,00	362,03	362,03	362,03	362,03
HBMD 485	Adjonction ou changement de 9 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	387,00	404,74	404,74	404,74	404,74
HBMD 410	Adjonction ou changement de 10 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	430,00	455,35	455,35	455,35	455,35
HBMD 429	Adjonction ou changement de 11 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	473,00	497,79	497,79	497,79	497,79
HBMD 281	Adjonction ou changement de 12 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	516,00	536,28	536,28	536,28	536,28

HBMD 200	Adjonction ou changement de 13 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	559,00	580,97	580,97	580,97	580,97
HBMD 298	Adjonction ou changement de 14 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	602,00	641,43	641,43	641,43	641,43

07.02.03.07 RÉPARATION DE PROTHÈSE DENTAIRE

CODE	Intitulé	Tarif de responsabilité	Maximun Autorisé	prise en charge assurance maladie + complémentaire santé contrat A	prise en charge assurance maladie + complémentaire santé contrat B	prise en charge assurance maladie + complémentaire santé contrat C
HBMD 020	Réparation d'une prothèse dentaire amovible en résine, fêlée ou fracturée	21,50	72,66	26,88	48,38	64,5
HBMD 008	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, sans démontage d'éléments	32,25	73,45	40,31	72,56	73,45
HBMD 002	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage d'1 élément	38,70	81,59	43,38	81,59	81,59
HBMD 488	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 2 éléments	45,15	89,73	56,44	89,73	89,73
HBMD 469	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 3 éléments	51,60	97,87	64,5	97,87	97,87
HBMD 110	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 4 éléments	58,05	106,01	72,56	106,01	106,01
HBMD 349	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 5 éléments	64,50	114,15	80,63	114,15	114,15
HBMD 386	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 6 éléments	70,95	122,29	88,69	122,29	122,29
HBMD 339	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 7 éléments	77,40	130,43	96,75	130,43	130,43
HBMD 459	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 8 éléments	83,85	138,57	104,81	138,57	138,57
HBMD 438	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 9 éléments	90,30	144,86	112,88	144,86	144,86
HBMD 481	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 10 éléments	96,75	143,74	120,94	143,74	143,74
HBMD 449	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 11 éléments	103,20	151,41	129	151,41	151,41

HBMD 312	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 12 éléments	109,65	171,13	137,06	171,13	171,13
HBMD 289	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 13 éléments	116,10	167,46	145,13	167,46	167,46
HBMD 400	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 14 éléments	122,55	172,38	153,19	172,38	172,38

07.02.03.08 ABLATION DE MATÉRIEL DENTAIRE SCELLÉ OU IMPLANTÉ

CODE	Intitulé	Tarif de responsabilité	Maximun Autorisé	prise en charge assurance maladie + complémentaire santé contrat A	prise en charge assurance maladie + complémentaire santé contrat B	prise en charge assurance maladie + complémentaire santé contrat C
HBDG 027	Ablation d'une prothèse dentaire scellée unitaire ou plurale Facturation:Prise en charge pour les patients traités par radiothérapie de la tête et/ou du cou	38,70	40,2	40,2	40,2	40,2

19.02.11 SOINS PROTHÉTIQUES : SUPPLÉMENTS POUR LA PROTHÈSE AMOVIBLE

CODE	Intitulé	Tarif de responsabilité	Maximun Autorisé	prise en charge assurance maladie + complémentaire santé contrat A	prise en charge assurance maladie + complémentaire santé contrat B	prise en charge assurance maladie + complémentaire santé contrat C
YYYY 176	Supplément pour pose de 1 dent contreplaquée sur une prothèse amovible à plaque base résine	21,5	22,91	22,91	22,91	22,91
YYYY 275	Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	43,00	45,82	45,82	45,82	45,82
YYYY 246	Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	64,50	68,72	68,72	68,72	68,72
YYYY 478	Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	86,00	91,63	91,63	91,63	91,63
YYYY 426	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	107,50	114,54	114,54	114,54	114,54
YYYY 389	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	129,00	137,45	137,45	137,45	137,45

YYYY 159	Supplément pour pose d'une dent contreplaquée ou massive à une prothèse amovible sur châssis métallique	32,25	34,36	34,36	34,36	34,36
YYYY 329	Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	64,50	68,72	68,72	68,72	68,72
YYYY 258	Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	96,75	103,09	103,09	103,09	103,09
YYYY 259	Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	129,00	137,45	137,45	137,45	137,45
YYYY 440	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	161,25	171,81	171,81	171,81	171,81
YYYY 447	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	193,50	206,17	206,17	206,17	206,17
YYYY 142	Supplément pour pose de 7 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métal	225,75	240,54	240,54	240,54	240,54
YYYY 158	Supplément pour pose de 8 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métal	258,00	274,9	274,9	274,9	274,9
YYYY 476	Supplément pour pose de 9 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métal	290,25	309,26	309,26	309,26	309,26
YYYY 079	Supplément pour pose de 10 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métal	322,50	343,62	343,62	343,62	343,62
YYYY 184	Supplément pour pose de 11 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métal	354,75	377,99	377,99	377,99	377,99
YYYY 284	Supplément pour pose de 12 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métal	387,00	412,35	412,35	412,35	412,35
YYYY 236	Supplément pour pose de 13 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métal	419,25	446,71	446,71	446,71	446,71
YYYY 353	Supplément pour pose de 14 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métal	451,50	481,07	481,07	481,07	481,07

LE PANIER DE SOINS CMU-C & Tarifs applicables aux bénéficiaires de l'ACS couverts par un contrat A,B,C

Prise en charge des Traitements d'Orthodontie

mise à jour du 2/10/2017



Cette grille des prises en charge et des tarifs s'applique pour tout semestre débuté à partir du 2° octobre 2017, y compris les traitements en cours.

ACTE ou TRAITEMENT	Tarif de responsabilité	Maximun Autorisé	Prise en charge assurance maladie + complémentaire santé contrat A	Prise en charge assurance maladie + complémentaire santé contrat B	Prise en charge assurance maladie + complémentaire santé contrat C
	en €	en €	en €	en €	en €
Traitement des dysmorphoses, par période de 6 mois, dans la limite de six périodes :-sans multi attache	193,5	333	241,88	333	333
Traitement des dysmorphoses: - avec multiattaches	193,50	464	241,88	435,38	464
Séance de surveillance. Au maximum deux par semestre	10,75	10,75	10,75	10,75	10,75
Contention après traitement orthodontique: la 1° année	161,25	161,25	161,25	161,25	161,25
Contention après traitement orthodontique: la 2° année	107,50	107,5	107,5	107,5	107,5
Disjonction intermaxillaire rapide pour dysmorphose maxillaire en cas d'insuffisance respiratoire confirmée	387,00	387	387	387	387
Orthopédie des malformations consécutives au bec de lièvre ou à la division palatine: forfait annuel, par année	430,00	430	430,00	430,00	430,00
Orthopédie des malformations consécutives au bec de lièvre ou à la division palatine: en période d'attente	129	129	129	129	129
Traitement d'orthopédie dento-faciale avec multiattaches au delà du seizième anniversaire, préalable à une intervention chirurgicale portant sur les maxillaires pour une période de six mois non renouvelable	193,50	381,12	241,88	381,12	381,12