



LE PANIER DE SOINS CMU-C

Prise en charge des restaurations et des prothèses dentaires

selon l'arrêté du 19 avril 2017 modifiant l'arrêté du 30 mai 2006

mise à jour du 2/10/2017



07.02.02.05 RESTAURATION DES TISSUS DURS DE LA DENT

Comprend : exérèse de lésion carieuse de dent.

La restauration d'une dent inclut l'exérèse des tissus lésés, la préparation amérodentinaire et la protection dentinopulpaire. Avec ou sans recouvrement cuspidien.

Le décompte des faces ou des angles s'entend pour une lésion. Par lésion on entend : perte de substance quelle que soit son étiologie.

CODE	Intitulé	Tarif de responsabilité	Forfait CMU-C en sus	Maximun Autorisé en €	Code transposition CMU-C
HBMD 055 [N]	Restauration d'une dent sur 3 faces ou plus par matériau incrusté[inlay-onlay] (ZZLP025, HBQK061)	40,97	209,03	250	FDC

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 en €	Forfait CMU-C en sus en €	Maximun Autorisé en €	Code transposition CMU-C
HBLD 007	Pose d'une infrastructure coronoradiculaire sans clavette sur une dent [Inlay core] <i>À l'exclusion de : restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire (HBMD042)</i> <i>Facturation : limitée à l'infrastructure coronoradiculaire métallique coulée</i>	122,55	7,25	129,8	FDC
HBLD 261	Pose d'une infrastructure coronoradiculaire avec clavette sur une dent [Inlay core à clavette] <i>À l'exclusion de : restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire (HBMD042)</i> <i>Facturation: limitée à l'infrastructure corono radiculaire métallique coulée</i>	144,05	9,35	153,4	FDC

07.02.03.02 POSE D'UNE COURONNE DENTAIRE PROTHETIQUE

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.

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

CODE	Intitulé	Tarif de responsabilité	Forfait CMU-C en sus	Maximun Autorisé en €	Code transposition CMU-C
HBLD 038	Pose d'une couronne dentaire dentoportée métallique	107,50	142,50	250	FDC
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 (Cf alternative thérapeutique)	107,50	302,50	410	FDC

07.02.03.03 POSE DE PROTHÈSE DENTAIRE AMOVIBLE

A droit à un appareil de prothèse dentaire adjointe, tout bénéficiaire qui présente au moins une dent absente et remplaçable, à l'exception des dents de sagesse
Par prothèse amovible de transition ou prothèse amovible définitive on entend : prothèse dento ou implanto-stabilisée.

CODE	Intitulé	Tarif de responsabilité	Forfait CMU-C en sus	Maximun Autorisé en €	Code transposition CMU-C
HBLD 364	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 1 à 3 dents (YYYY176, YYYY275, YYYY246)	64,50	4,22	68,72	FDA
HBLD 476	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine comportant 4 dents (YYYY176, YYYY275, YYYY246, YYYY478)	75,25	4,93	80,18	FDA
HBLD 224	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 5 dents (YYYY176, YYYY275, YYYY246, YYYY478, YYYY426)	86,00	5,63	91,63	FDA
HBLD 371	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 6 dents (YYYY176, YYYY275, YYYY246, YYYY478, YYYY426, YYYY389)	96,75	6,34	103,09	FDA
HBLD 123	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 7 dents (YYYY176, YYYY275, YYYY246, YYYY478, YYYY426, YYYY389)	107,50	7,04	114,54	FDA
HBLD 270	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 8 dents (YYYY176, YYYY275, YYYY246, YYYY478, YYYY426, YYYY389)	118,25	7,75	126	FDA
HBLD 101	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 9 dents (YYYY176, YYYY275, YYYY246, YYYY478, YYYY426, YYYY389)	129,00	350,98	479,98	FDA
HBLD 138	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 10 dents (YYYY176, YYYY275, YYYY246, YYYY478, YYYY426, YYYY389)	139,75	338,82	478,57	FDA
HBLD 083	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 11 dents (YYYY176, YYYY275, YYYY246, YYYY478, YYYY426, YYYY389)	150,50	419,50	570	FDA
HBLD 370	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 12 dents (YYYY176, YYYY275, YYYY246, YYYY478, YYYY426, YYYY389)	161,25	408,75	570	FDA
HBLD 349	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 13 dents (YYYY176, YYYY275, YYYY246, YYYY478, YYYY426, YYYY389)	172,00	398,00	570	FDA
HBLD 031	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine (YYYY176, YYYY275, YYYY246, YYYY478, YYYY426, YYYY389)	182,75	545,30	728,05	FDA
HBLD 035	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à plaque base résine (YYYY176, YYYY275, YYYY246, YYYY478, YYYY426, YYYY389)	365,50	1090,60	1456,1	FDA
HBLD 131	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 1 à 3 dents (YYYY159, YYYY329, YYYY258)	193,5	362,87	556,37	FDA

HBLD 332	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 4 dents (YYYY159, YYYY329, YYYY258, YYYY259)	204,25	510,75	715	FDA
HBLD 452	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 5 dents (YYYY159, YYYY329, YYYY258, YYYY259, YYYY440)	215	500	715	FDA
HBLD 474	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 6 dents (YYYY159, YYYY329, YYYY258, YYYY259, YYYY440, YYYY447)	225,75	489,25	715	FDA
HBLD 075	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 7 dents (YYYY159, YYYY329, YYYY258, YYYY259, YYYY440, YYYY447, YYYY142)	236,50	513,50	750	FDA
HBLD 470	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 8 dents (YYYY159, YYYY329, YYYY258, YYYY259, YYYY440, YYYY447, YYYY142, YYYY158)	247,25	502,75	750	FDA
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	492,00	750	FDA
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	481,25	750	FDA
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	570,50	850	FDA
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	559,75	850	FDA
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	549,00	850	FDA
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	744,89	1056,64	FDA
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	1489,78	2113,28	FDA
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 (YYYY17 6, YYYY275, YYYY246, YYYY478, YYYY426, YYYY389, YYYY159, YYYY329, YYYY258, YYYY259, YYYY440, YYYY447, YYYY142, YYYY158, YYYY476, YYYY079, YYYY184, YYYY284, YYYY236, YYYY353)	494,50	1290,19	1784,69	FDA

07.02.03.04 POSE DE PROTHESE FIXEE DENTOPORTEE OU IMPLANTOPORTEE

La prothèse dentaire en équivalents minéraux inclut la prothèse dentaire céramocéramique.

Prothèse dentaire fixée dentoportée quand au moins une dent pilier 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.

Facturation : les prothèse plurales [bridges] implantoportées, les prothèses dentaires sur dents temporaires, les prothèses dentaires ou dents à tenon préfabriquées, les prothèses dentaires ou dent à tenon provisoires, les piliers de bridges à recouvrement partiel ne sont pas prises en charge.

CODE	Intitulé	Tarif de responsabilité	Forfait CMU-C en sus	Maximun Autorisé en €	Code transposition CMU-C
HBLD 040	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 - hors éléments dentaires céramocéramiques - éléments céramométalliques : uniquement pour incisives, canines et premières prémolaires	279,50	637,00	916,5	FDC
HBLD 043	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, - hors éléments dentaires céramocéramiques - éléments céramométalliques : uniquement pour incisives, canines et premières prémolaires	279,50	803,28	1082,78	FDC
HBLD 033	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage métalliques et 1 élément intermédiaire métallique	279,50	470,73	750,23	FDC
HBLD 023	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 - hors éléments dentaires céramocéramiques - éléments céramométalliques : uniquement pour incisives, canines et premières prémolaires	279,50	956,26	1235,76	FDC

07.02.03.05 ADJONCTION OU CHANGEMENT D'ÉLÉMENT DE PROTHÈSE DENTAIRE

À l'exclusion de : adjonction ou changement d'élément soudé (cf. 07.02.03.06).

Par élément, on entend : dent ou crochet.

CODE	Intitulé	Tarif de responsabilité	Forfait CMU-C en sus	Maximum Autorisé en €	Code transposition CMU-C
HBMD 017	Adjonction ou changement de 1 élément d'une prothèse dentaire amovible	21,25	51,82	73,32	FDR
HBMD 114	Adjonction ou changement de 2 éléments d'une prothèse dentaire amovible	32,25	76,75	109	FDR
HBMD 322	Adjonction ou changement de 3 éléments d'une prothèse dentaire amovible	43,00	101,02	144,02	FDR
HBMD 404	Adjonction ou changement de 4 éléments d'une prothèse dentaire amovible	53,75	125,29	179,04	FDR
HBMD 245	Adjonction ou changement de 5 éléments d'une prothèse dentaire amovible	64,50	149,56	214,06	FDR
HBMD 198	Adjonction ou changement de 6 éléments d'une prothèse dentaire amovible	75,25	175,14	250,39	FDR
HBMD 373	Adjonction ou changement de 7 éléments d'une prothèse dentaire amovible	86,00	200,72	286,72	FDR
HBMD 228	Adjonction ou changement de 8 éléments d'une prothèse dentaire amovible	96,75	226,31	323,06	FDR
HBMD 286	Adjonction ou changement de 9 éléments d'une prothèse dentaire amovible	107,50	251,89	359,39	FDR
HBMD 329	Adjonction ou changement de 10 éléments d'une prothèse dentaire amovible	118,25	277,47	395,72	FDR
HBMD 226	Adjonction ou changement de 11 éléments d'une prothèse dentaire amovible	129,00	310,93	430,93	FDR
HBMD 387	Adjonction ou changement de 12 éléments d'une prothèse dentaire amovible	139,75	328,63	468,38	FDR
HBMD 134	Adjonction ou changement de 13 éléments d'une prothèse dentaire amovible	150,50	354,21	504,71	FDR
HBMD 174	Adjonction ou changement de 14 éléments d'une prothèse dentaire amovible	161,25	379,80	541,05	FDR
HBKD 396	Changement d'1 facette d'une prothèse dentaire amovible	17,20	4,51	21,71	FDR
HBKD 431	Changement de 2 facettes d'une prothèse dentaire amovible	34,40	9,01	43,41	FDR
HBKD 300	Changement de 3 facettes d'une prothèse dentaire amovible	51,60	13,52	65,12	FDR
HBKD 212	Changement de 4 facettes d'une prothèse dentaire amovible	68,80	15,32	84,12	FDR
HBKD 462	Changement de 5 facettes d'une prothèse dentaire amovible	86,00	19,15	105,15	FDR
HBKD 213	Changement de 6 facettes d'une prothèse dentaire amovible	103,20	22,98	126,18	FDR
HBKD 140	Changement de 7 facettes d'une prothèse dentaire amovible	120,40	31,54	151,94	FDR
HBKD 244	Changement de 8 facettes d'une prothèse dentaire amovible	137,60	36,05	173,65	FDR

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	Forfait CMU-C en sus	Maximum Autorisé en €	Code transposition CMU-C
HBMD 249	Adjonction ou changement d'1 élément soudé d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	43,00	9,58	52,58	FDR
HBMD 292	Adjonction ou changement de 2 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	86,00	11,27	92,27	FDR
HBMD 188	Adjonction ou changement de 3 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	129,00	13,52	142,52	FDR
HBMD 432	Adjonction ou changement de 4 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	172,00	15,77	187,77	FDR
HBMD 283	Adjonction ou changement de 5 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	215,00	16,90	231,9	FDR
HBMD 439	Adjonction ou changement de 6 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	258,00	16,90	274,9	FDR
HBMD 425	Adjonction ou changement de 7 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	301,00	19,72	320,72	FDR
HBMD 444	Adjonction ou changement de 8 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	344,00	18,03	362,03	FDR
HBMD 485	Adjonction ou changement de 9 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	387,00	17,74	404,74	FDR
HBMD 410	Adjonction ou changement de 10 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	430,00	25,35	455,35	FDR
HBMD 429	Adjonction ou changement de 11 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	473,00	24,79	497,79	FDR
HBMD 281	Adjonction ou changement de 12 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	516,00	20,28	536,28	FDR
HBMD 200	Adjonction ou changement de 13 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	559,00	21,97	580,97	FDR
HBMD 298	Adjonction ou changement de 14 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	602,00	39,43	641,43	FDR

07.02.03.07 RÉPARATION DE PROTHÈSE DENTAIRE

CODE	Intitulé	Tarif de responsabilité	Forfait CMU-C en sus	Maximun Autorisé en €	Code transposition CMU-C
HBMD 020	Réparation d'une prothèse dentaire amovible en résine, fêlée ou fracturée	21,50	51,16	72,66	FDR
HBMD 008	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, sans démontage d'éléments	32,25	41,20	73,45	FDR
HBMD 002	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage d'1 élément	38,70	42,89	81,59	FDR
HBMD 488	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 2 éléments	45,15	44,58	89,73	FDR
HBMD 469	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 3 éléments	51,60	46,27	97,87	FDR
HBMD 110	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 4 éléments	58,05	47,96	106,01	FDR
HBMD 349	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 5 éléments	64,50	49,65	114,15	FDR
HBMD 386	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 6 éléments	70,95	51,34	122,29	FDR
HBMD 339	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 7 éléments	77,40	53,03	130,43	FDR
HBMD 459	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 8 éléments	83,85	54,72	138,57	FDR
HBMD 438	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 9 éléments	90,30	54,56	144,86	FDR
HBMD 481	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 10 éléments	96,75	46,99	143,74	FDR
HBMD 449	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 11 éléments	103,20	48,21	151,41	FDR

HBMD 312	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 12 éléments	109,65	61,48	171,13	FDR
HBMD 289	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 13 éléments	116,10	51,36	167,46	FDR
HBMD 400	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 14 éléments	122,55	49,83	172,38	FDR

07.02.03.08 ABLATION DE MATÉRIEL DENTAIRE SCELLÉ OU IMPLANTÉ

CODE	Intitulé	Tarif de responsabilité	Forfait CMU-C en sus	Maximun Autorisé en €	Code transposition CMU-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	1,50	40,2	FDC

19.02 SUPPLÉMENTS

Facturation : les libellés de ce sous-chapitre ne peuvent pas être codés isolément ; ils doivent être codés en association avec des actes des chapitres 1 à 19 et sont facturés à taux plein.

19.02.11 SOINS PROTHÉTIQUES : SUPPLÉMENTS POUR LA PROTHÈSE AMOVIBLE

CODE	Intitulé	Tarif de responsabilité	Forfait CMU-C en sus	Maximun Autorisé en €	Code transposition CMU-C
YYYY 176	Supplément pour pose de 1 dent contreplaquée sur une prothèse amovible à plaque base résine	21,5	1,41	22,91	FDA
YYYY 275	Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	43,00	2,82	45,82	FDA
YYYY 246	Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	64,50	4,22	68,72	FDA
YYYY 478	Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	86,00	5,63	91,63	FDA
YYYY 426	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	107,50	7,04	114,54	FDA
YYYY 389	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	129,00	8,45	137,45	FDA
YYYY 159	Supplément pour pose d'une dent contreplaquée ou massive à une prothèse amovible sur châssis métallique	32,25	2,11	34,36	FDA
YYYY 329	Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	64,50	4,22	68,72	FDA
YYYY 258	Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	96,75	6,34	103,09	FDA
YYYY 259	Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	129,00	8,45	137,45	FDA
YYYY 440	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	161,25	10,56	171,81	FDA
YYYY 447	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	193,50	12,67	206,17	FDA
YYYY 142	Supplément pour pose de 7 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métal	225,75	14,79	240,54	FDA

YYYY 158	Supplément pour pose de 8 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métal	258,00	16,90	274,9	FDA
YYYY 476	Supplément pour pose de 9 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métal	290,25	19,01	309,26	FDA
YYYY 079	Supplément pour pose de 10 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métal	322,50	21,12	343,62	FDA
YYYY 184	Supplément pour pose de 11 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métal	354,75	23,24	377,99	FDA
YYYY 284	Supplément pour pose de 12 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métal	387,00	25,35	412,35	FDA
YYYY 236	Supplément pour pose de 13 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métal	419,25	27,46	446,71	FDA
YYYY 353	Supplément pour pose de 14 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métal	451,50	29,57	481,07	FDA



LE PANIER DE SOINS CMU-C

Prise en charge des traitements d'orthodontie

selon l'arrêté du 19 avril 2017 modifiant l'arrêté du 30 mai 2006

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 en €	Forfait CMU-C en sus en €	Maximun Autorisé en €	Code de transposition CMU-C
Traitement des dysmorphoses, par période de 6 mois, dans la limite de six périodes. - sans multi-attache	193,5	139,5	Sans titre	FDO 28
Traitement des dysmorphoses: - avec multi attaches	193,50	270,50	464	FDO 29
Séance de surveillance. (Au maximum deux par semestre)	10,75	0,00	10,75	FDO 31
Contention après traitement orthodontique: la 1° année	161,25	0,00	161,25	FDO 32
Contention après traitement orthodontique: la 2° année	107,50	0,00	107,5	FDO 33
Disjonction intermaxillaire rapide pour dysmorphose maxillaire en cas d'insuffisance respiratoire confirmée	387,00	0,00	387	FDO 36
Orthopédie des malformations consécutives au bec de lièvre ou à la division palatine: -forfait annuel par année	430,00	0,00	430	FDO 34
Orthopédie des malformations consécutives au bec de lièvre ou à la division palatine: -en période d'attente	129,00	0,00	129	FDO 35
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	187,62	381,12	FDO 37